



**HAL**  
open science

# Quelle est la concordance entre l'adhésion à la vaccination de la population des patients de médecine générale et la vision qu'en a leur médecin généraliste les concernant, en Isère, Savoie et Haute-Savoie ?

Bertille Pennes, Juliette Lescop

## ► To cite this version:

Bertille Pennes, Juliette Lescop. Quelle est la concordance entre l'adhésion à la vaccination de la population des patients de médecine générale et la vision qu'en a leur médecin généraliste les concernant, en Isère, Savoie et Haute-Savoie?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03320532

**HAL Id: dumas-03320532**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320532>**

Submitted on 16 Aug 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2021

QUELLE EST LA CONCORDANCE ENTRE L'ADHÉSION À LA VACCINATION  
DE LA POPULATION DES PATIENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE  
ET LA VISION QU'EN A LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE LES CONCERNANT,  
EN ISÈRE, SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE ?

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par :

Bertille PENNES

et Juliette LESCOP

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le : 09/07/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Professeur Patrice MORAND

Membres :

Professeur Olivier EPAULARD, directeur de thèse

Docteur Didier PERRET

Docteur Chantal PEIGNE

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PREIOM	Discipline universitaire
PU-P11	ALDALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PH-PH	ARVIFLIX-BARTHÉLEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athen	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-P11	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNE IENNE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Leurè	Nutrition
PU-P11	BOSSON Jean-Luc	Diostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAI Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-P11 émérite	DRAMDILLA Elisebeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PH-PH	BRICAILLÉ Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-P11	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHAERE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRÉNOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DFRANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIELEKICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARRAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GIJLIN Eira	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRÉNOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LADLANCIE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LIFFO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARÉ Marie-Keine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; Hépatologie ; Adictologie
MCU PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUITTE François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILLET Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass. MG	PAUMIER-FERRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	FOIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie , Transfusion
PU PH	POLOSAN Miroca	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PH-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-oto-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PH-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive réanimation
PH-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGAÑO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PH-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale  
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine  
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

## **Remerciements**

### Remerciements communs:

#### **À Monsieur le Professeur Patrice MORAND,**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de considérer notre travail. Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

#### **À Monsieur le Professeur Olivier EPAULARD,**

Pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Nous te remercions d'avoir partagé avec nous ton expérience, de nous avoir guidé le long de cette thèse et surtout pour ton enthousiasme vis-à-vis de notre étude.

#### **À Monsieur le Docteur Didier PERRET,**

Pour l'honneur d'accepter d'être dans notre jury de thèse. Mais surtout, merci pour tout ce que tu m'as transmis au sein des 6 mois passés en stage à tes côtés. J'ai eu un grand intérêt à bénéficier de ton enseignement toujours enrichissant, d'apprécier la médecine générale à travers ton empathie, ton dévouement et ton enthousiasme.

#### **À Madame le Docteur Chantal PEIGNE,**

Pour l'intérêt que tu portes à notre travail, merci de participer à notre jury de thèse. Merci également pour ton enseignement et ta bienveillance lors de mon stage en pédiatrie à Annecy.

#### **À tous les médecins qui ont volontairement participé à l'étude,**

Pour votre investissement et pour nous avoir permis de réaliser notre travail.

#### **À tous les patients qui ont volontairement répondu aux questionnaires**

### Remerciements de Bertille:

#### **À tous mes maîtres de stage et aux médecins rencontrés dans mes études.**

Un remerciement particulier aux Dr Émeline NYS, Dr Francis BRAM, Dr Martin JEANNOT, Dr Renée SCANDIUZZI, au Dr Sylvia MIGUET et Dr Serge PAYRAUD, Dr Virginie LACHAT, Dr Hélène PORCO, Dr Béatrice RAMBAUD et au Dr Jacques MARTIN. Merci à tous pour votre disponibilité, la confiance que vous m'avez accordée et la transmission de votre savoir.

**À l'ensemble des professionnels de santé** des services d'endocrinologie, de néphrologie et de gériatrie de Sallanches, des urgences de Voiron et de gynécologie de Thonon-les-Bains. Pour l'esprit d'équipe et d'entraide que nous avons installée.

**À mes parents,** pour votre soutien infaillible tout au long de mes études et lors de chacun de mes projets. Toutes vos qualités humaines font de moi le médecin d'aujourd'hui. Merci pour votre bonne humeur, votre générosité, votre simplicité, votre altruisme, votre esprit aventurier et joueur. Merci pour tout.

**À Émile et Eugénie,** de m'avoir autant épaulée durant mes années d'étude. Pour avoir ajusté vos emplois du temps au mien et d'avoir fait de chacune de mes pauses des moments si agréables. Merci pour tous vos conseils dans la vie de tous les jours et lors de l'élaboration



de cette thèse.

**À Eva et Lionel** pour votre amour envers mon frère et ma sœur et pour nos bons moments ensemble aux quatre coins de la France.

**À Léandre**, mon filleul adoré qui a ce pouvoir de me redonner le sourire à chaque moment de faiblesse.

**À mes oncles et tantes et à tous mes cousins**, pour vos attentions, particulièrement en cette période de pandémie. Merci à tous de contribuer à cette si belle famille.

**À mes grand parents**, et particulièrement à Papy pour ce jour spécial que nous partageons tous les deux.

**À Claude**, pour ton amour et ta tendresse, tout au long du chemin parcouru, et pour tout ce qu'il nous reste à vivre.

**Aux amis du Lycée, les Braows**, pour avoir en partie grandi ensemble et créé des souvenirs qui continuent de me faire rire. Pour nos retrouvailles que l'on apprécie tant et pour les prochaines parties de Loups Garous à venir !

**Aux amis de la fac, les distouv'**, pour avoir découvert ensemble le monde de la médecine, les révisions et les soirées mémorables. Merci pour votre amitié qui m'est précieuse, pour tous ces bons moments et vacances passés ensemble et pour tous les autres qui suivront.

**À tous mes co-internes**, pour tous ces moments d'entraide, de bienveillance et nos amitiés créées. Particulièrement à Anne-Laure et Lison pour avoir autant rit ensemble et à Charline et Camille pour cette amitié immédiate.

**À Laurie**, pour tous ces voyages et aventures faits ensemble ! Il m'arrive souvent de rire en repensant à nos souvenirs ! C'est un vrai bonheur de te retrouver à chaque fois bien que ça devienne rarissime !

**Aux copains d'Argentine, Leila, Marie, Antoine, Yolaine, Pedro, Dabet, Louis, Swann** Pour votre grain de folie et d'aventure ! Merci à Antoine pour notre expédition incroyable qui restera à jamais gravée. Merci à tous les boludos, pour nos asados et pour les futurs encore ! À Marie et Jérôme pour me laisser toujours votre porte grande ouverte.

**Aux 'jeunes' de Grenoble**, pour m'avoir permis de me sentir si bien dès mon arrivée dans la région. Pour toutes nos soirées, nos bons repas et jeux ensemble.

**À tous mes colocataires d'avant et d'aujourd'hui, Lulu, Claire, la casa de Gonzalo, Antoine et Pierre-Loïc.** Vous avez tous été ma petite famille à un moment donné. Merci pour tous ces moments de partage, de convivialité et de rigolade ! Merci pour cette amitié si simple. Merci particulièrement à Laura, Bastien, Simon et Léonard pour cette année studieuse et confinée que je n'aurais pas vécue de la même manière sans vous.

**À Guillaume**, pour tes conseils et corrections dans cette thèse.

**À Juliette**, pour avoir élaboré cette thèse ensemble, où notre bonne humeur, parfois décalée, nous a permis de travailler avec sourire. Nos aventures dans la vie ont aussi parfois

été décalées ! Merci pour cette amitié qui se poursuivra je ne sais où, va savoir quel projet nous allons encore avoir !

#### Remerciements de Juliette:

Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnées dans mon apprentissage médical, mes maîtres de stage et amis **Géraldine** et **Mathieu**, qui m'ont fait découvrir la médecine générale (et la gynéco !!), **Nicolas** et **Xavier**, qui m'ont fait confiance et mise en confiance face à ma pratique. À **Marie, Aurélie, Anne et Françoise** pour leur enseignement et leur soutien. À **J-Robert** merci pour ces après-midi mêlant apprentissage rigoureux et détente. À toute l'équipe des Urgences de Voiron, de Maladies infectieuses du CHU et de Pédiatrie d'Annecy pour leur bienveillance, leurs encouragements et leur pédagogie.

#### À ma famille pour leur accompagnement.

Merci **Papa** pour ta tendresse et ta sagesse, tes silences qui en disent beaucoup. Merci **Maman** pour ta joie de vivre, ton amour et ta douceur, merci de m'avoir transmis cette exigence parsemée d'inconscience. À **Marguerite**, merci d'être mon modèle dans la vie ; merci **Pierre**, pour ton regard protecteur de frère que tu poses sur Margue et moi. Merci à tous les deux pour votre amour et notre fraternité. Merci à **mes tantes, oncles et cousin.e.s** à tous de m'avoir transmis le goût du partage et de la famille. À mes **grands-parents** pour votre amour et plus particulièrement à **Mamie** pour avoir ancré en moi le sentiment que je puisse être un bon médecin.

#### À mes amis :

**Bertille**, merci pour cette thèse et pour ces 3 années passées ; pleines de rire à gorge (plus ou moins) déployées, je suis fière de finir mon cursus à tes côtés, comme il a commencé (mais à l'heure). **Emma**, merci d'être là tout simplement, de m'accompagner chaque jour, même de loin. Merci **Chloé** pour nos rires et nos pleurs, notre amour qui traversera le temps. Merci **Marie** pour ton honnêteté et ta présence rassurante et tes coups de fils du dimanche, merci à **Romain** aussi (enfin surtout pour la barbe). **Morgane** merci pour ta joie de vivre, tes 15 000 activités par jour et ton envie de toujours avancer. **Prune**, merci pour ton rire contagieux et tes gaffes inimaginables (bien que les 2 soient souvent liés). **Antoine** merci pour ta constance, ton amitié, merci d'avoir choisi Lyon, et **Xavier**. Merci **Quentin** pour ton écoute et ta bienveillance. **Camille** et **Charline**, les copines du premier jour, j'espère que de bien belles aventures nous attendent, même si l'avion risque d'être nécessaire pour certaines de nos retrouvailles. La petite **Juliette**, ma jumelle de prénom qui est devenue presque une sœur. Merci **Mathou** pour ces longues soirées de CRH, qui se sont heureusement transformées en longues soirées bières et vins après quelques mois. Merci à toute la team des infectio, **Beubeu** (#1), **Toto**, **Clémentin** et **Alphonse** pour votre aide et votre sang froid toujours bienvenu. Merci à **Schach** pour cette amitié de confiance et de bière ! Merci **Alex** pour ta bienveillance et ton écoute. Merci à **Noélise** pour ta douceur, ta fraîcheur et ton humour. Merci à **Héloïse** de m'avoir accueillie à bras ouverts et d'être restée mon amie. Merci à tout le **Zbeul**, vous êtes la définition de l'amitié ! Merci à tous mes colocos pour m'avoir fait grandir et m'avoir supporté au quotidien. Merci **Joanne**, my Irish girl, thanks for support and kindness when I needed it. **Pierre, Loïc et Simon** merci pour votre accueil en terre savoyarde (merci Loïc pour le sauvetage ...), **Véro** merci pour ces 6 mois de vie commune entre bière, salade verte et papotage. **Nadia** merci pour ton ouverture d'esprit et ta créativité qui nous ont permis de tenir ce confinement. **Mathieu, Kevin et Nathan**, que de souvenirs excessifs pour décrire cette coloc à 4 ! Merci **Kevin** pour ton extravagance, ton

sarouel et ton twerk ; **Nathan** pour cette année de colocation, d'écureuil et de pain bien cuit ; **Mathieu** pour tes excès sportifs et pas que, pour ton écoute toujours bienveillante.

**Guillaume**, merci pour les nombreuses fiches d'impôts que tu vas remplir et surtout pour tout le reste.

## **Liste des abréviations**

**ARNm:** Acide ribonucléique messenger

**CeGIDD :** Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

**CHU:** Centre Hospitalier Universitaire

**CNGE:** Collège National des Généralistes Enseignants

**COVID :** Coronavirus disease

**INSEE:** Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**ROR:** Rougeole/Oreillon/Rubéole

**SAGE:** Strategic Advisory Group of Experts on Immunization de l'OMS

# **Table des matières**

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
1. La couverture vaccinale en France	12
2. L'hésitation vaccinale	13
2.1. Perceptions négatives des vaccins	14
2.2. Le retentissement des politiques de santé sur l'hésitation vaccinale	15
2.3. Les stratégies mises en place pour promouvoir la vaccination en France	16
3. La place du médecin généraliste dans la vaccination	17
4. Objectif de l'étude	18
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>19</b>
1. Type d'étude et objectifs	19
2. Élaboration du questionnaire	19
3. Construction de l'échantillon	20
4. Déroulement de l'étude	21
5. Saisie de données	22
6. Éthique	23
7. Analyse statistique	23
<b>III. RÉSULTATS</b>	<b>24</b>
1. Population des médecins généralistes	24
2. Population des patients	25
3. Analyses de l'évaluation des médecins	28
4. Analyse de la déclaration de leurs perceptions par les patient.e.s	31
5. Analyses de la concordance entre évaluation par le médecin et perception du/de la patient.e	33
5.1. Étude de corrélation	33
5.2. Étude de la différence par soustraction	34
5.2. 1. En fonction de la durée du suivi médical	35
	11

5.2. 2. En fonction de l'âge du médecin et du/de la patient.e	35
5.2. 3. En fonction du genre du médecin et du/de la patient.e	37
5.2. 4. En fonction du lieu d'exercice du médecin	39
5.2. 5. En fonction de la parentalité du/de la patient.e	39
5.3. Comparaison des différences pour les 3 axes de perception	40
5.4. Analyse des différences en fonction de la déclaration du/de la patient.e	41
5.5. Étude des patient.e.s ayant les meilleures ou les moins bonnes perceptions vaccinales	42
5.6. Étude des patient.e.s dont les perceptions sont les moins bien évaluées par leur médecin	46
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>48</b>
<b>1. Résumés des principaux résultats</b>	<b>48</b>
1.1. Perception des patient.e.s	48
1.2. Évaluation par le médecin	50
1.3. Justesse des évaluations des médecins	50
1.4. Existence d'une surestimation ou sous-estimation par les médecins	52
<b>2. Forces et limites</b>	<b>55</b>
2.1. Forces	55
2.1. 1. Sujet	55
2.1. 2. Méthode	55
2.2. Limites et biais	56
2.2. 1. Biais de sélection	56
2.2. 2. Biais situationnel	56
2.2. 3. Biais de confusion	57
<b>3. Perspectives</b>	<b>58</b>
3.1. Une communication adaptée	58
3.2. Formation des médecins généralistes	59
3.3. Études à prévoir	60
<b>V. CONCLUSIONS</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>67</b>
Questionnaire	67
Affiche informative	68
<b>LE SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>69</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>70</b>
	12

## I. Introduction

### 1. La couverture vaccinale en France

Le dernier baromètre de Santé publique France, datant de 2019 (1), permet d'apprécier l'impact de l'extension de l'obligation vaccinale chez les nourrissons. On observe une augmentation de la couverture vaccinale, jugée suffisante (supérieure à 95% (2)) pour le vaccin hexavalent où 98,6% des nourrissons avaient reçu une première dose contre 93,1% l'année auparavant. La couverture vaccinale à 24 mois en 2017 était supérieure à 95% pour le vaccin diphtérie/tétanos/poliomyélite/coqueluche (96,3%) et pour l'*Haemophilus influenzae b* (95,4%).

Pour cette même population, en 2017, les vaccins contre le pneumocoque (3 doses), l'hépatite B (3 doses), la rougeole/oreillon/rubéole (2 doses) et le méningocoque C avaient une couverture vaccinale insuffisante avec respectivement 92,2%, 91,3 %, 80,3% et 72,6%.

Plus généralement, un taux insuffisant de personnes vaccinées est observé en France pour tous les âges et pour tous les vaccins. Par exemple, la couverture vaccinale complète contre l'hépatite B est estimée à 45,9% en 2015 pour les enfants âgés de 11 ans, celle contre le *human papillomavirus* de 23,7% pour les filles de 16 ans en 2018 et celle contre le méningocoque C de 28,4% pour les adolescentes de 15 à 19 ans en 2017. Pour la grippe, l'objectif de la couverture vaccinale est fixé à 75%; cependant, en 2017, seules 49,7% des personnes âgées de plus de 65 ans et

28,9% des personnes à risque âgées de moins de 65 ans ont été vaccinées contre la grippe.

Du fait de cette couverture vaccinale encore trop faible, des maladies infectieuses évitables persistent en France : il a ainsi été dénombré 149 cas d'infections invasives à méningocoque C en 2017 et 2913 cas de rougeole en 2018.

L'une des explications pour ces couvertures vaccinales non optimales est l'adhésion incomplète de la population à la vaccination. En effet, bien que la vaccination soit l'une des découvertes scientifiques les plus utiles en santé publique, elle reste un sujet de polémique en France et ce depuis le XVIIIème siècle.

## **2. L'hésitation vaccinale**

Le terme "hésitation vaccinale" est apparu au XXIème siècle, et décrit selon le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination (Groupe SAGE) de l'OMS "un retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il inclut certains facteurs comme la suffisance, la commodité et la confiance" (3). Cette définition inclut donc un spectre important de personnes, depuis celles qui sont radicalement anti-vaccination jusqu'à celles non convaincues par les vaccins mais réalisant tout de même leur vaccination (4).

Une part importante de la population française présente une telle hésitation face aux vaccins. Une étude mondiale de 2016, sur 67 pays, place la France comme étant le



pays ayant le moins confiance en la sécurité vaccinale avec une perception négative vis-à-vis de la sécurité des vaccins à 41% contre une moyenne mondiale à 13% (5). Cette réticence envers la vaccination peut être spécifique à un vaccin en particulier ou plus globale avec des raisons sociétales ou personnelles diverses (4).

## **2.1. Perceptions négatives des vaccins**

Les vaccins sont perçus par une partie de la population comme manquant de sécurité (6). Cette menace est souvent décrite comme étant causée par leurs adjuvants (squalène, sels d'aluminium), leurs conservateurs (Thiomersal), ou même pour la poliomyélite ou la variole du fait de l'injection du virus vivant dans l'organisme pour certaines formulations (6).

Certains médias et certains sites internet alimentent les craintes en mettant en lumière les effets indésirables, entraînant une diminution de la confiance en la vaccination, bien que plusieurs études scientifiques aient prouvé la non imputabilité du vaccin. C'est ainsi qu'il n'a pas été objectivé de lien entre le vaccin ROR et l'autisme (7), entre celui contre l'hépatite B et la sclérose en plaque (8) et le vaccin contre la grippe et le syndrome de Guillain Barré (9). Ces phénomènes de doute peuvent être plus importants quand les vaccins sont élaborés rapidement, comme en 2020 avec les vaccins contre la COVID-19 (10). Certaines personnes peuvent alors avoir la perception que les études et essais cliniques ont été réalisés dans la précipitation, insuffisamment contrôlés et sans garantie suffisante d'efficacité ou de sécurité (11).

L'efficacité des vaccins est également remise en cause dans la population (6). Le manque d'information sur les vaccins ou de compréhension des objectifs vaccinaux peut en être responsable (12). Par ailleurs, la distinction entre l'immunité individuelle et collective peut être difficile à concevoir (13). De plus, la nécessité d'injection de rappels pour le maintien de l'efficacité vaccinale peut être un frein et renforce le sentiment d'inefficacité à long terme. Certains vaccins sont par ailleurs considérés comme inutiles par une partie de la population par méconnaissance de certaines maladies infectieuses rares sur le territoire français. La diphtérie et la poliomyélite sont deux maladies dont l'incidence est quasi nulle en France, leur vaccins semblent donc, pour certains, contestables voire inutiles (6). Certains vaccins sont considérés inutiles, devant une maladie jugée non grave (14).

## **2.2. Le retentissement des politiques de santé sur l'hésitation vaccinale**

La gestion gouvernementale est souvent incomprise. La crise de la COVID-19 illustre bien la défiance de la population envers les mesures gouvernementales en termes de santé publique (15). Ces directives font écho à la complexité de la gestion de la pandémie grippale en 2009. La campagne vaccinale antigrippale H1N1 avait également essuyé le scandale des 5,5 millions de doses injectées sur les 94 millions achetées initialement, ce qui avait renforcé la méfiance de la population en associant d'autant plus la politique vaccinale au lobbying pharmaceutique (16). Cette crise de 2009 a été suivie d'une nette diminution du taux de personnes vaccinées contre la grippe saisonnière (17).

La gestion des stocks de vaccins est également pointée du doigt. Les pénuries mal expliquées, comme celle du vaccin contre le méningocoque C en 2014, ou des vaccins combinés contre la diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et *Haemophilus influenza* B en 2015, sont ressenties comme une preuve de l'opacité des relations entre le gouvernement et les laboratoires pharmaceutiques.

### **2.3. Les stratégies mises en place pour promouvoir la vaccination en France**

Devant cette méfiance, les autorités françaises ont déployé des stratégies de promotion de la vaccination. Des campagnes vaccinales sont mises en place chaque année, pouvant concerner un vaccin en particulier et une population cible (18), avec l'utilisation de publicités et de slogans gouvernementaux comme "*la meilleure protection, c'est la vaccination*". Des bases de données publiques de vulgarisation de l'information sur la vaccination ont été créées afin de favoriser l'accès à la connaissance tel que le site gouvernemental [vaccin-info-service.fr](http://vaccin-info-service.fr) comptabilisant plus de cinq millions de visiteurs entre 2017 et 2019 (1) ou [mesvaccins.net](http://mesvaccins.net), créé par une organisation non gouvernementale.

L'augmentation de l'accès à la vaccination et sa gratuité est un pilier de la couverture vaccinale en France. Différents lieux permettent d'être vacciné sans avancement de frais, comme les écoles et universités, la médecine du travail, les centres de Protection maternelle infantile, et les CeGIDD. En plus du développement des lieux

de vaccination, l'accessibilité a été augmentée grâce à l'élargissement des acteurs de la vaccination. Les infirmier.e.s diplômé.e.s d'état peuvent vacciner lorsqu'une première dose a déjà été réalisée ; depuis 2019 les pharmaciens.e.s d'officine participent à la vaccination antigrippale et contre la COVID-19 depuis 2021 ; les sage-femmes peuvent prescrire et réaliser des vaccins pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leur entourage.

En 2018, onze vaccins sont devenus obligatoires chez le nourrisson. Cette mesure gouvernementale a permis de positionner la vaccination comme étant au centre de la politique de santé publique. L'obligation vaccinale a également permis de simplifier le discours du médecin généraliste, d'un discours argumentatif il est passé à un discours informatif (1).

### **3. La place du médecin généraliste dans la vaccination**

Il a été montré que le rôle du médecin de famille est crucial dans le choix de vaccination de ses patients.e.s, la confiance que ceux-ci placent en leur médecin est la base de la compliance aux soins (19,20). Cette influence importante et positive est par exemple soulignée dans une étude interrogeant 7695 parents d'enfants : 78,5% précisent que leur décision de vacciner leur enfant est influencée par les professionnels de santé (19). De fait, les médecins hésitants à certains vaccins ont tendance à moins les recommander, ceci se reflète sur la couverture vaccinale de leur patientèle (21).

Selon une étude en Isère de 2016 interrogeant plus de 800 patient.e.s sur leurs sources d'informations concernant la vaccination, pour la majorité, les informations les plus fiables proviennent des médecins généralistes ou spécialistes (22). De nombreux médecins généralistes jugent avoir eu un manque de formation sur la vaccination ; ainsi, la majorité des médecins se sentent à l'aise lorsqu'il faut expliquer l'intérêt du vaccin, mais 19% n'arrivent pas à donner d'explication sur la sécurité des vaccins (19,21).

Par ailleurs, de nombreux médecins déclarent une fatigue face à la nécessité d'expliquer des choses scientifiquement consensuelles, tels que l'efficacité et l'innocuité des vaccins à leurs patient.e.s hésitant.e.s, jusqu'à mettre fin aux soins d'une famille ne souhaitant pas se faire vacciner (23,24). Les consultations de vaccinations sont alors ressenties comme génératrices de tension dans la relation médecin-patient.e, avec un sentiment de fatigue et de perte de temps de l'argumentation sur la vaccination chez les médecins (25). L'obligation vaccinale a permis de diminuer l'opposition ressentie entre le rôle de défenseur de la vaccination du médecin et l'hésitation vaccinale du/de la patient.e (1).

#### **4. Objectif de l'étude**

Le but de notre étude est ainsi de déterminer dans quelle mesure l'hésitation vaccinale que prètent les médecins généralistes à leurs patient.e.s correspond effectivement à celle que ces patient.e.s déclarent. Nous faisons en effet l'hypothèse que les médecins généralistes surestiment actuellement le niveau d'hésitation de

leurs patient.e.s, ce qui entraîne une démotivation à assurer leur rôle de promoteurs de la vaccination.

Si notre étude confirme cette surestimation, ses résultats pourront permettre d'améliorer la posture fondamentale du médecin généraliste comme acteur de prévention. L'identification de catégories les plus méfiantes envers la vaccination permettrait d'utiliser une communication adaptée pour chaque patient.e.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Type d'étude et objectifs**

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale menée en 2020 sur le territoire d'Isère, Savoie et Haute-Savoie dans différents cabinets de médecine générale.

L'objectif principal était d'évaluer la concordance entre l'adhésion à la vaccination décrite par le/la patient.e et la perception qu'a de celle-ci son médecin généraliste, ainsi que pour deux autres considérations aux sujet des vaccins : la perception de leur efficacité et la perception de leur sécurité.

Les médecins généralistes qui ont participé devaient être des libéraux exerçant en Isère, Savoie et Haute-Savoie. Les patient.e.s qui ont participé devaient être volontaires, majeurs, et faire partie de la patientèle régulière du médecin traitant.

### **2. Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré après avoir réalisé une revue de la littérature, et en adéquation avec nos objectifs de recherche. Il s'agit d'un questionnaire permettant de déterminer deux types de données quantitatives: l'un concerne les perceptions de la vaccination (dangerosité, efficacité, "être en faveur" déclarées par les patient.e.s ; l'autre concerne l'évaluation par les médecin de ces perceptions de leurs patient.e.s.. Il est composé de 2 parties (cf. annexe) : une à destination du médecin généraliste et une pour le/la patient.e. Chaque questionnaire correspond à un couple patient.e-médecin et est anonymisé. Le temps estimé pour le remplissage du questionnaire est de 1 à 5 minutes.

La partie du questionnaire destinée au médecin comprenait cinq questions : la durée de suivi du/de la patient.e, une estimation du nombre de consultations précédentes, et trois échelles analogiques concernant la sécurité vaccinale, l'efficacité vaccinale et le fait d'être en faveur de la vaccination. Pour chaque échelle analogique, s'établissant de zéro à cent, le médecin devait indiquer par une marque son évaluation de la perception de son/sa patient.e.

La partie du questionnaire destinée au/à la patient.e comprenait sept questions : l'âge et le genre du/de la patient.e, sa profession, le nombre d'enfant(s) qu'il/elle a et leur âge le cas échéant, et trois échelles analogiques concernant la sécurité vaccinale, l'efficacité vaccinale et le fait d'être en faveur de la vaccination. Pour chaque échelle analogique, s'établissant de zéro à cent, le/la patient.e devait indiquer par une marque sa perception concernant la sécurité vaccinale, l'efficacité vaccinale et s'il/elle était en faveur de la vaccination.

Pour les échelles analogiques, "zéro" correspond respectivement à la perception de l'absence de sécurité et d'efficacité, et le fait d'être absolument non favorable à la vaccination, et "cent" correspond à la perception d'une très grande sécurité et efficacité, et au fait d'être complètement en faveur de la vaccination.

### **3. Construction de l'échantillon**

Le recrutement des médecins été fait auprès de médecins généralistes libéraux exerçant dans des cabinets médicaux de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie, correspondant aux trois départements rattachés à l'académie de Grenoble dont nous dépendons. Nous avons sollicité les médecins que nous avons rencontré lors de



notre internat, ainsi que des médecins dont les coordonnées nous ont été transmises par des co-internes.

Nous avons contacté par téléphone, par e-mail et de visu 47 médecins généralistes exerçant en libéral sur ce territoire. Nous les avons ensuite tous rencontrés pour leur présenter la thèse et délivrer le matériel incluant les questionnaires, une urne et une affiche. Finalement, 31 médecins ont participé à l'étude, et 16 autres ont abandonné ou n'ont pas pu être contactés par la suite.

Le recrutement des patient.e.s était réalisé par le médecin généraliste lors d'une consultation. Les médecins devaient choisir au hasard dans leur journée de consultation les patient.e.s auxquels proposer le questionnaire, sur la base d'un.e patient.e sur deux.

#### **4. Déroulement de l'étude**

L'étude a été réalisée du 27/01/2020 où nous avons déposé les premiers questionnaires jusqu'au 31/12/2020 correspondant à l'arrêt de remplissage des derniers questionnaires. Nous avons arrêté l'étude au moment du lancement de la campagne de vaccination contre la COVID-19 en France.

Il a été distribué à chaque médecin entre 1 et 31 questionnaires papiers, en fonction de leur disponibilité et de leur volonté, dans le but de faire adhérer le plus de médecins possible à notre étude.

Nous leur avons donné une affiche explicative (cf. annexe) à disposer en salle d'attente qui permettait une information de l'étude avant la consultation. Elle spécifie le but de l'étude, le libre choix du/de la patient.e d'y participer ou non, souligne

l'anonymat, et précise qu'elle ne modifie pas la consultation médicale. Une adresse mail créée pour l'étude est mentionnée, sur chaque questionnaire, pour que le/la patient.e puisse nous contacter à tout moment pour poser des questions ou se retirer de l'étude. Chaque questionnaire a été rempli au sein d'une consultation de médecine générale, en même temps par le/la patient.e et son médecin, puis déposé dans une urne prévue à cet effet dans le bureau du médecin généraliste. Le remplissage du questionnaire devait se réaliser en début de consultation. Le motif de consultation n'était pas un critère de l'étude.

## **5. Saisie de données**

La saisie des données a été réalisée par nos soins.

Au total 552 paires de questionnaires ont été remplis.

Chaque échelle analogique cotée par les participants a été mesurée puis convertie en données chiffrées que nous avons incorporées dans un tableau Excel via le logiciel Google docs.

Les données du questionnaire ont permis de caractériser l'échantillon de patient.e.s selon le genre, l'âge et le nombre d'enfants des patient.e.s. Elles permettaient de caractériser l'échantillon des médecins selon le nombre d'années enregistré (dans le dossier médical informatisé ou dans le compte en ligne de l'assurance maladie) en tant que médecin traitant du patient. Nous avons demandé oralement l'âge des médecins parmi trois tranches d'âge: moins de 40 ans, entre 40 et 50 ans et plus de 50 ans. Nous avons pris en compte le lieu d'exercice et le genre du médecin.

## **6. Éthique**

Le questionnaire a été approuvé par le Comité de Protection des Personnes Sud-Est 1 (délibération N° 2019-87 du 14/10/2019).

Le consentement du/de la patient.e était demandé oralement avant de remplir chaque questionnaire. Il/elle pouvait, grâce à son numéro d'anonymat, se retirer de l'étude à tout moment.

## **7. Analyse statistique**

Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse descriptive des caractéristiques et des réponses de nos deux populations. Pour ce faire, nous avons réparti les médecins généralistes selon la localisation de leur lieu d'exercice urbain ou rural. La dichotomie urbain/rural a été basée sur la définition de l'INSEE, classant en unité urbaine une commune de plus de 2 000 habitants (26). Nous avons divisé la parentalité des patient.e.s en trois catégories, ceux n'ayant pas d'enfants, ceux avec un ou deux enfants et les patient.e.s avec trois enfants ou plus.

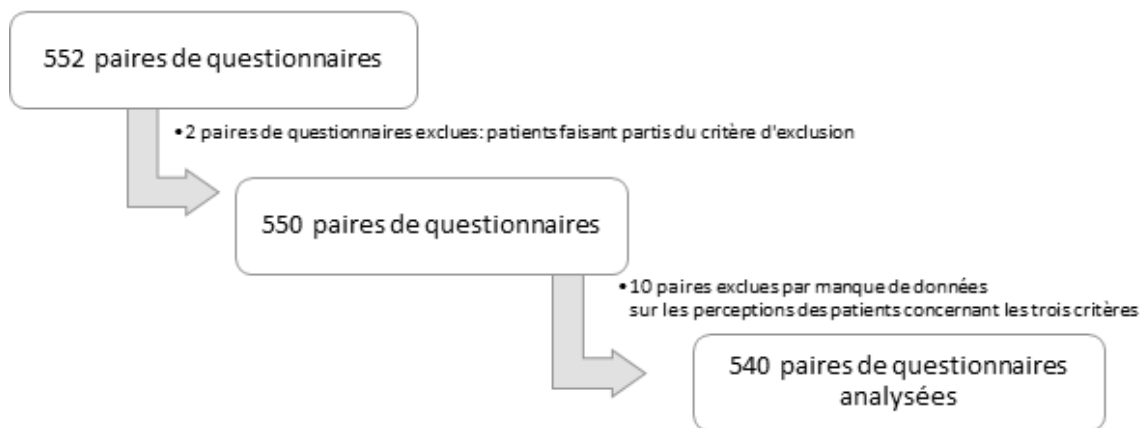
Puis nous avons réalisé une analyse statistique grâce au logiciel Statview ; nous avons utilisé trois test:

- Le test de Mann-Whitney pour comparer deux groupes de valeurs d'un même paramètre.
- Le test de Kruskal-Wallis pour comparer plus de deux groupes d'un même paramètre.

- Le test de Spearman pour étudier la corrélation entre deux variables quantitatives et évaluer son intensité.

### III. Résultats

Au total, sur les 552 binômes de questionnaires, 2 paires ont été exclues car ne répondant pas aux critères d'inclusion (âge des patient.e.s <18 ans), et 10 autres paires de questionnaires ont été exclues car aucune des trois perceptions des patient.e.s n'avait été remplie. L'analyse de données a donc été réalisée sur 540 paires de questionnaires médecin-patient.e.



#### **1. Population des médecins généralistes**

Le tableau 1 décrit les 31 médecins généralistes libéraux participants; il s'agissait de 20 femmes (soit 64,5%) et de 11 hommes (35,5%). Ils se répartissent ainsi, 38,7% ont moins de 40 ans (n=12), 25,8% ont entre 40 et 50 ans (n=8) et 35,5% ont plus de 50 ans (n=11).

Ils étaient localisés de façon équitable sur les trois départements : 10 étaient installés en Isère, 11 en Savoie et 10 en Haute Savoie. Parmi eux, 22 exerçaient en milieu urbain et 9 en milieu rural. Entre 1 et 31 paires de questionnaires ont été traitées par

chaque médecin, correspondant à un taux de remplissage allant de 3 à 100% des questionnaires qu'ils avaient à disposition. Un tiers des médecins ont rempli 30 questionnaires et plus, un tiers entre 10 et 29 questionnaires, et un tiers moins de 10 questionnaires.

Parmi les 540 paires de questionnaires, 57,2% ont été remplis par des femmes médecins et 42,8% par des hommes médecins. La localisation d'exercice était majoritairement urbaine (71,1% des paires). La répartition géographique était homogène dans les 3 départements avec 32,4% des questionnaires complétés en Isère, 32% en haute Savoie et 35,6% en Savoie. Les médecins âgés de moins de 40 ans ont rempli 39,6% des questionnaires, ceux âgés de 40 à 50 ans ont complété 19,3% des questionnaires, et ceux âgés de plus de 50 ans ont répondu à 41,1% des questionnaires.

La relation de soin avec le/la patient.e avait une durée médiane de 5 ans (interquartile : 4 ans et 10 ans). Nous avons réparti cette durée en trois catégories : de 1 à 4 an(s) de suivi (n= 191, 35,8%), de 5 à 9 ans de suivi (n = 190, 35,7%), et 10 ans et plus de suivi (n= 152, 28,5%) ; l'information était manquante pour 7 paires de questionnaires (1,3%).

## **2. Population des patients**

La population des patient.e.s participant.e.s, également décrite dans le tableau 1, était composée de 540 personnes. Dans cette population, 337 étaient des femmes (62,4%) et 203 étaient des hommes (37,6%). L'âge moyen de la population était de 52,1+/-17 ans ; 10 personnes n'avaient pas répondu à cette information.

Concernant la parentalité, la médiane se trouvait à 2 enfants par patient.e. 102 personnes n'avaient pas d'enfant, 312 en avaient un seul ou deux, 119 avaient plus de 2 enfants et 7 n'avaient pas répondu à la question.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

		Médecins (n=31)		Patients (n=540)	
		N	(%)	N	(%)
				Moyenne	±SD (Min-Max)
<b>Genre</b>					
	Femme	20	(64,5%)	Femme	337 (62,4%)
	Homme	11	(35,5%)	Homme	203 (37,6%)
<b>Age</b>	<40 ans	12	(38,7%)	Age *	50,9 ± 16,8 (18,0 - 93,0)
	40-50 ans	8	(25,8%)	Parentalité	1,7 ± 1,1 (0,0 - 6,0)
	>50 ans	11	(35,5%)		
<b>Localisation</b>	Urbain	22	(71,0%)		
	Rural	9	(29,0%)		
<b>Département</b>	Isère	10	(32,3%)	<b>Catégorie socio-professionnelle</b>	
	Savoie	11	(35,5%)	1	4 (0,7%)
	Haute-Savoie	10	(32,3%)	2	18 (3,3%)
<b>Nombre de questionnaires réalisés</b>	≥30	10	(32,3%)	3	77 (14,3%)
	25-29	3	(9,7%)	4	109 (20,2%)
	20-24	1	(3,2%)	5	73 (13,5%)
	15-19	3	(9,7%)	6	31 (5,7%)
	10-14	4	(12,9%)	7	164 (30,4%)
	<10	10	(32,2%)	8	52 (9,6%)
				NR	12 (2,2%)
				<b>Durée de suivi par le médecin</b>	
				1-4 ans	191 (35,8%)
				5-9 ans	190 (35,7%)
				≥10	152 (28,5%)
				NR	7 (1,3%)

N : nombre, SD : Standard Deviation, NR : non répondant

\* 10 personnes n'ont pas renseigné cette question.

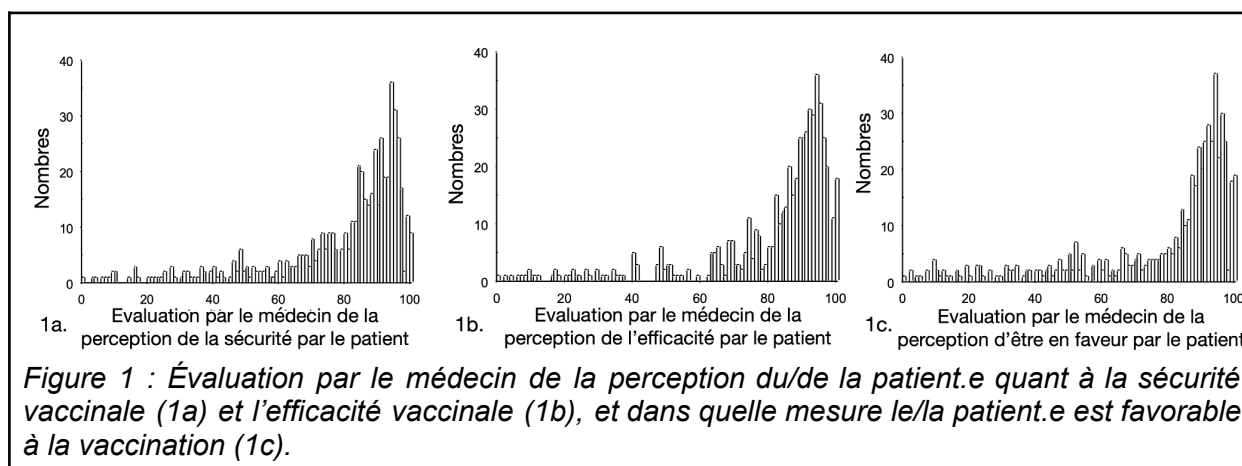


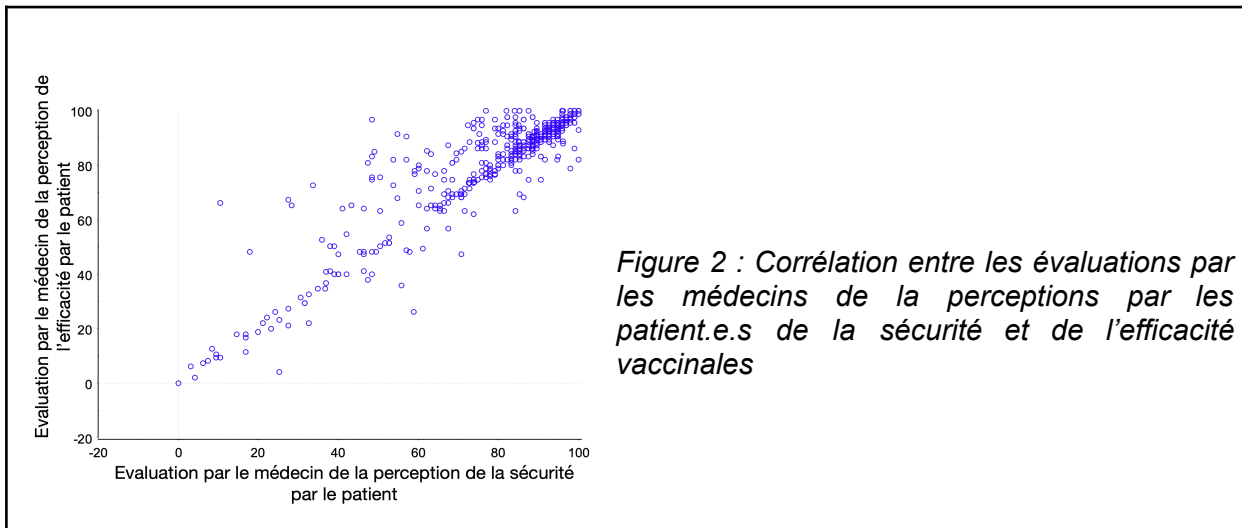
### 3. Analyses de l'évaluation des médecins

L'évaluation sur une échelle de 0 à 100 par les médecins de la perception de chaque patient.e se déclinait ainsi (figure 1) :

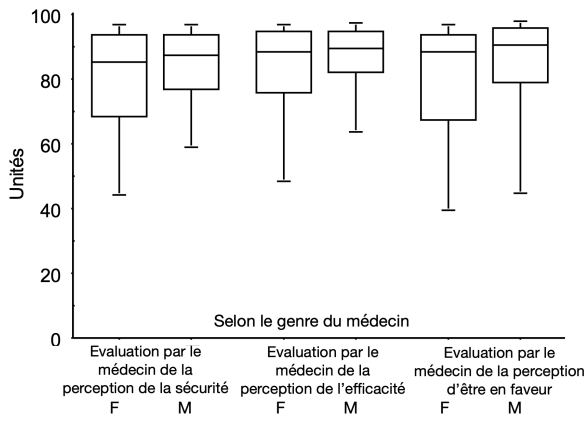
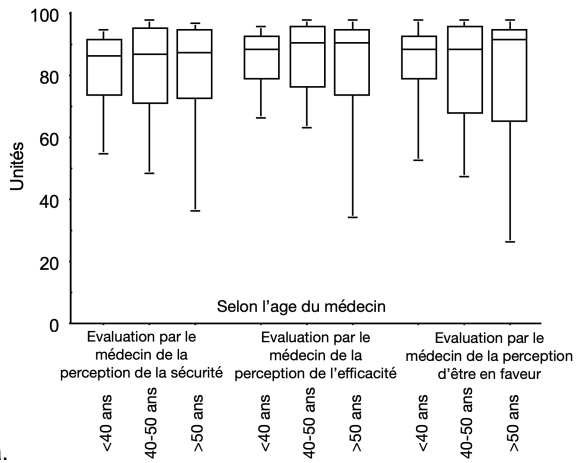
- Pour la sécurité vaccinale : médiane à 86,3%, interquartiles à 72,7% et 93,7%
- Pour l'efficacité vaccinale médiane à 89,5%, interquartiles à 76,9% et 94,7%
- Pour le fait d'être favorable à la vaccination : médiane de 89,5%, interquartiles à 71,6% et 94,7%

Les perceptions de la sécurité et de l'efficacité vaccinale évaluées par les médecins étaient significativement corrélées ( $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,695$ ) (figure 2).





Il n'existait pas de différence significative en fonction de la classe d'âge du médecin pour l'évaluation du médecin concernant la sécurité, l'efficacité ou d'être en faveur à la vaccination de son/sa patient.e (cf. figure 3a). L'évaluation par le médecin du fait pour son/sa patient.e d'être en faveur de la vaccination était significativement plus élevée quand le médecin était un homme ( $p=0,016$ ). Cette association ne se vérifiait pas dans l'évaluation de la perception des patient.e.s concernant la sécurité ( $p=0,105$ ) ou l'efficacité ( $p=0,154$ ) de la vaccination (figure 3b). En parallèle, on observait que l'évaluation par le médecin du fait d'être en faveur de la vaccination était plus élevée lorsque le patient était un homme ( $p=0,011$ ) (cf. figure 3c). Ce lien n'était pas observé concernant l'efficacité ( $p=0,365$ ) et la sécurité ( $p=0,098$ ). Enfin, l'évaluation par le médecin était significativement plus élevée quand le médecin et le patient étaient tous les deux des hommes pour les questions concernant la sécurité et en faveur de la vaccination (figure 3d) ( $p=0,0197$  et  $p=0,005$  respectivement pour la comparaison avec les 3 autres configurations de genre). La différence sur ce point pour l'efficacité n'était pas significative ( $p=0,0632$ ).



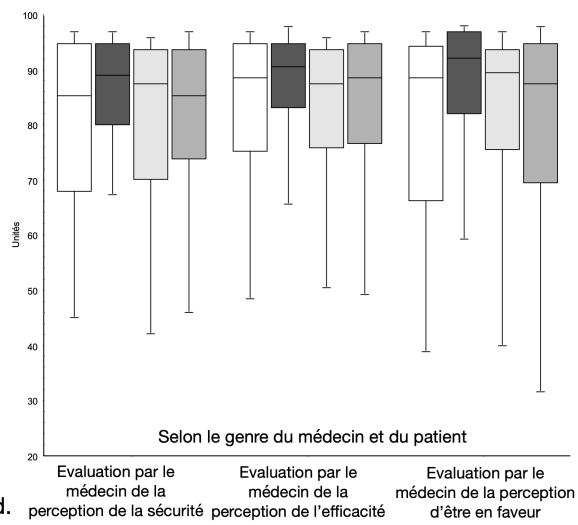
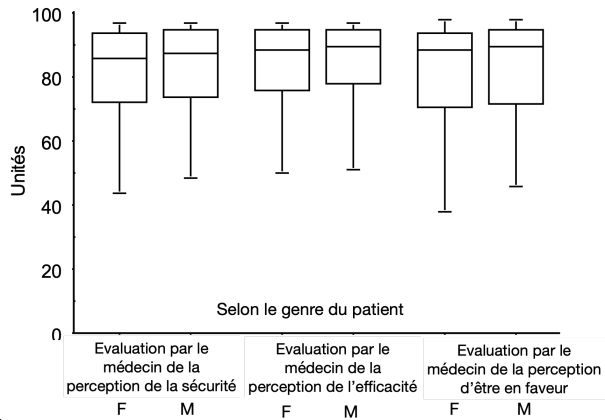


Figure 3 : Évaluation par le médecin de la perception de l'efficacité et de la sécurité vaccinale, et du fait d'être en faveur de la vaccination du/de la patient.e, selon l'âge du médecin (3a), le genre du médecin (3b), le genre du/de la patient.e (3c), et selon la concordance ou non du genre médecin/patient.e (3d)

- Femme/Femme
- Homme/Homme
- Médecin : Femme, Patient : Homme
- Médecin : Homme, Patient : Femme

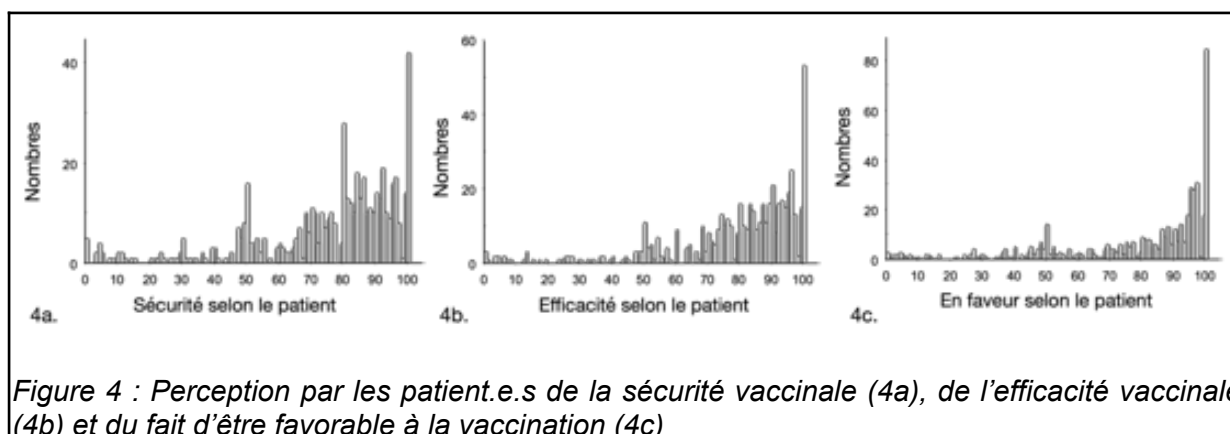
#### 4. Analyse de la déclaration de leurs perceptions par les patient.e.s

La perception de la vaccination telle que déclarée par les patient.e.s sur une échelle de 0 à 100 se déclinait ainsi, figure 4 :

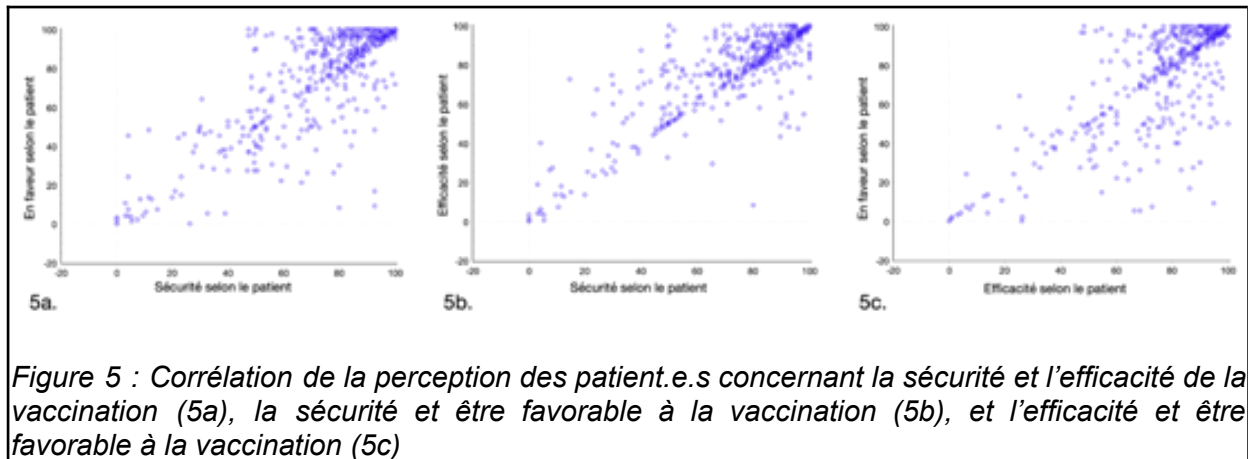
Pour la sécurité vaccinale, la médiane était à 81,1% (interquartiles à 65,3% et 92,6%),

Pour l'efficacité vaccinale, la médiane était à 84,2% (interquartiles à 71,6% et 94,7 %).

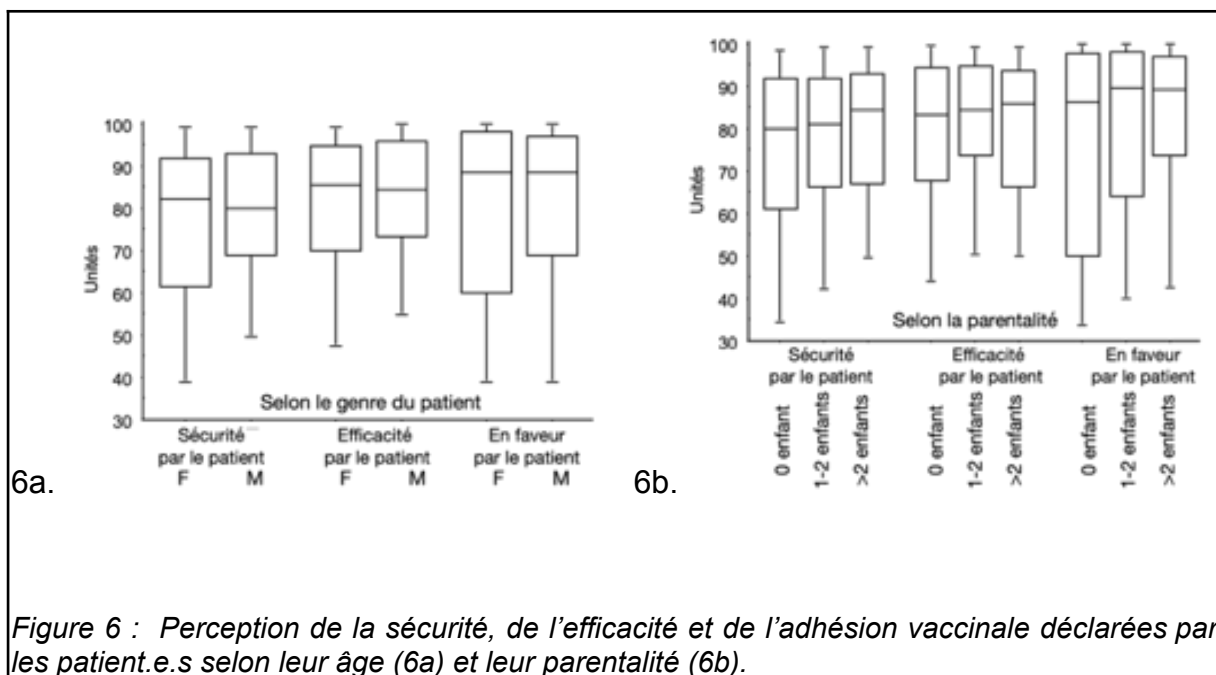
Pour le fait d'être en faveur à la vaccination la médiane était de 88,5% (interquartiles à 63,9% et 97,9%).



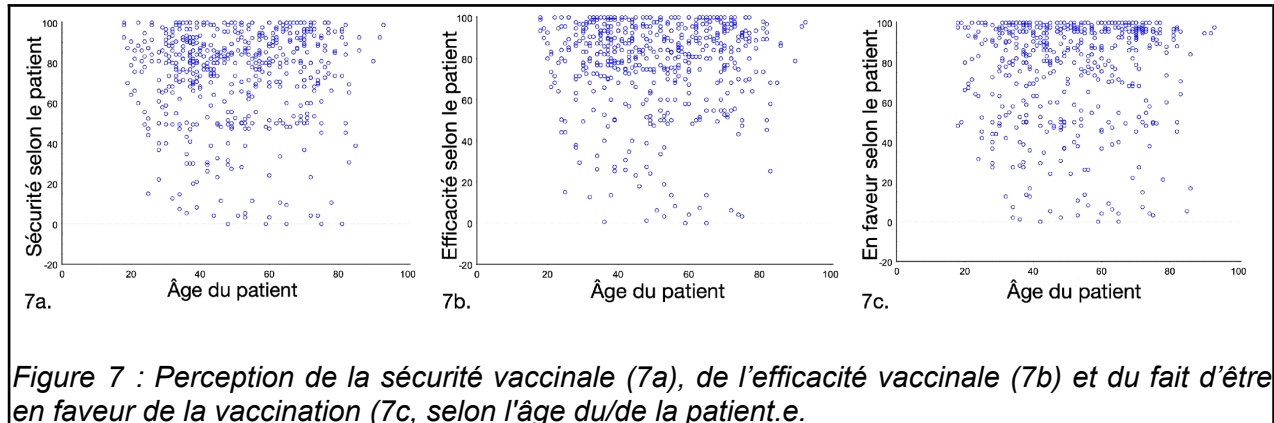
L'étude de la concordance entre ces différentes perceptions par le/la patient.e montre une forte corrélation entre la perception de la sécurité et de l'efficacité ( $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,605$ ), entre la perception de l'efficacité et le fait d'être en faveur de la vaccination ( $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,549$ ), et entre la perception de la sécurité des vaccins et le fait d'être favorable à la vaccination ( $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,518$ ).



La perception des patient.e.s concernant la sécurité, l'efficacité et le fait d'être favorable à la vaccination n'était pas différente significativement en fonction de leur genre (figure 6a), ou du nombre d'enfant(s) ( $p=0,421$ ,  $p=0,579$  et  $p=0,365$ , respectivement) (figure 6b).



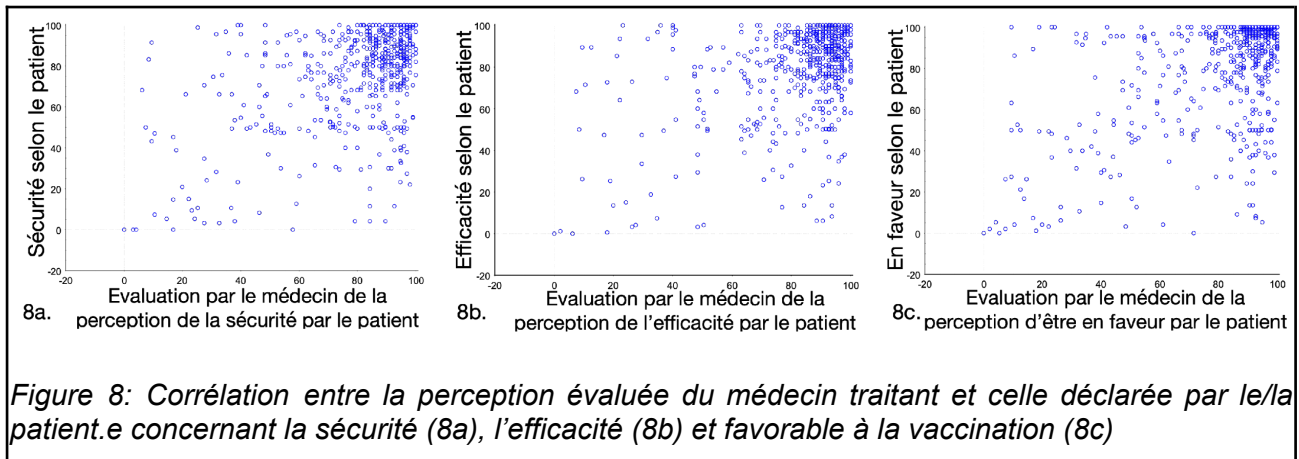
Il n'existait pas non plus de corrélation significative entre d'une part les perceptions de l'efficacité et de la sécurité, et le fait d'être favorable à la vaccination, et d'autre part l'âge des patient.e.s ( $p=0,103$ ,  $p=0,948$  et  $p=0,198$ , respectivement) (figure 7).



## 5. Analyses de la concordance entre évaluation par le médecin et perception du/de la patient.e

### 5.1. Étude de corrélation

L'étude de la corrélation entre l'évaluation par le médecin de la perception de la sécurité par le/la patient.e et celle déclarée par le/la patient.e (Fig. 8a) montrait une corrélation selon le test de Spearman ( $R^2=0,339$ ,  $p<0,0001$ ). Il en était de même concernant la comparaison de l'efficacité évaluée par le médecin et celle déclarée par son/sa patient.e ( $R^2=0,292$ ,  $p<0,0001$ ) (Fig. 8b) ainsi que la comparaison concernant le fait d'être en faveur à la vaccination ( $R^2=0,365$ ,  $p<0,0001$ ) (Fig. 8c).



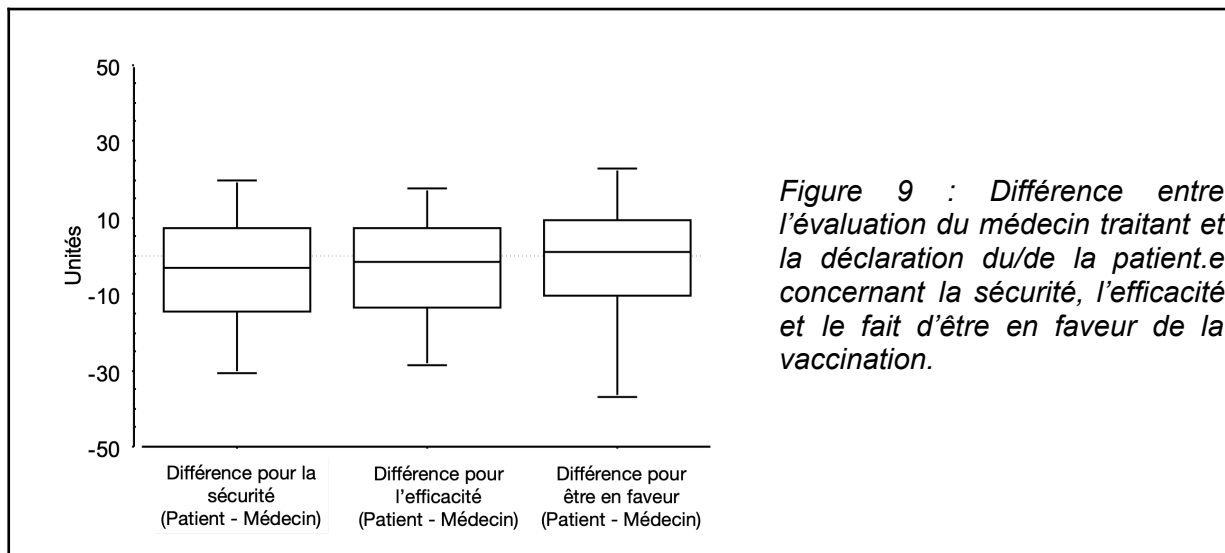
## 5.2. Étude de la différence par soustraction

Nous avons également étudié la concordance entre l'évaluation par les médecins de la perception des patient.e.s et la déclaration des patient.e.s en analysant la différence de ces valeurs (figure 9).

En analysant les valeurs absolues de cette différence, nous avons observé que les médianes étaient proches de 10 pour les trois critères évalués et se déclinaient ainsi :

- Pour la sécurité, la médiane de la différence en valeur absolue était à 11,6 (interquartiles à 5,3 et 22,1),
- Pour l'efficacité, la médiane de la différence en valeur absolue était à 10,5 (interquartiles à 5,1 et 20,03)
- Pour le fait d'être favorable à la vaccination, la médiane de la différence en valeur absolue était à 9,5 (interquartiles à 4,2 et 22,8).





### 5.2. 1. En fonction de la durée du suivi médical

La différence entre l'évaluation par le médecin de la perception du/de la patient.e et la déclaration du/de la patient.e a été analysée en fonction de l'ancienneté du suivi médical du/de la patient.e (figure 10). La durée du suivi médical a été répartie en trois groupes (1 à 4 ans, 5 à 9, et 10 ans et plus). En analysant la valeur absolue des différences par soustraction, il n'a pas été observé de variation significative en fonction de l'ancienneté du suivi médical concernant la question de la sécurité ( $p=0,246$ ), de l'efficacité ( $p=0,268$ ) et pour le fait d'être en faveur à la vaccination ( $p=0,406$ ).



*perception du/de la patient.e par le médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité, l'efficacité et être favorable à la vaccination selon l'ancienneté de la relation médecin-patient.e en années.*

### **5.2. 2. En fonction de l'âge du médecin et du/de la patient.e**

La valeur absolue de la différence entre l'évaluation par le médecin de la perception du/de la patient.e et la déclaration du/de la patient.e a été analysée en fonction de l'âge du médecin (figure 11). Nous avons repris les trois tranches d'âges des médecins (moins de 40 ans, entre 40 et 50 ans et plus de 50 ans). Nous avons observé chez les médecins de moins de 40 ans, que la valeur absolue de la différence était moins importante que dans les autres groupes ( $p=0,003$ ). Il n'était pas observé de différence significative en fonction de l'âge du médecin concernant l'efficacité ( $p=0,295$ ) ni le fait d'être en faveur à la vaccination ( $p=0,205$ ).

La valeur absolue de la différence entre l'évaluation par le médecin de la perception du/de la patient.e et la déclaration du/de la patient.e a été analysée en fonction de l'âge du/de la patient.e ; nous n'avons pas observé de corrélation concernant la sécurité ( $R^2=0,032$  et  $p=0,457$ ) (Fig. 11b), l'efficacité ( $R^2=0,034$  et  $p=0,442$ ) (Fig. 11c), et "être en faveur de la vaccination" ( $R^2=0,041$  et  $p=0,352$ ) (Fig. 11d).

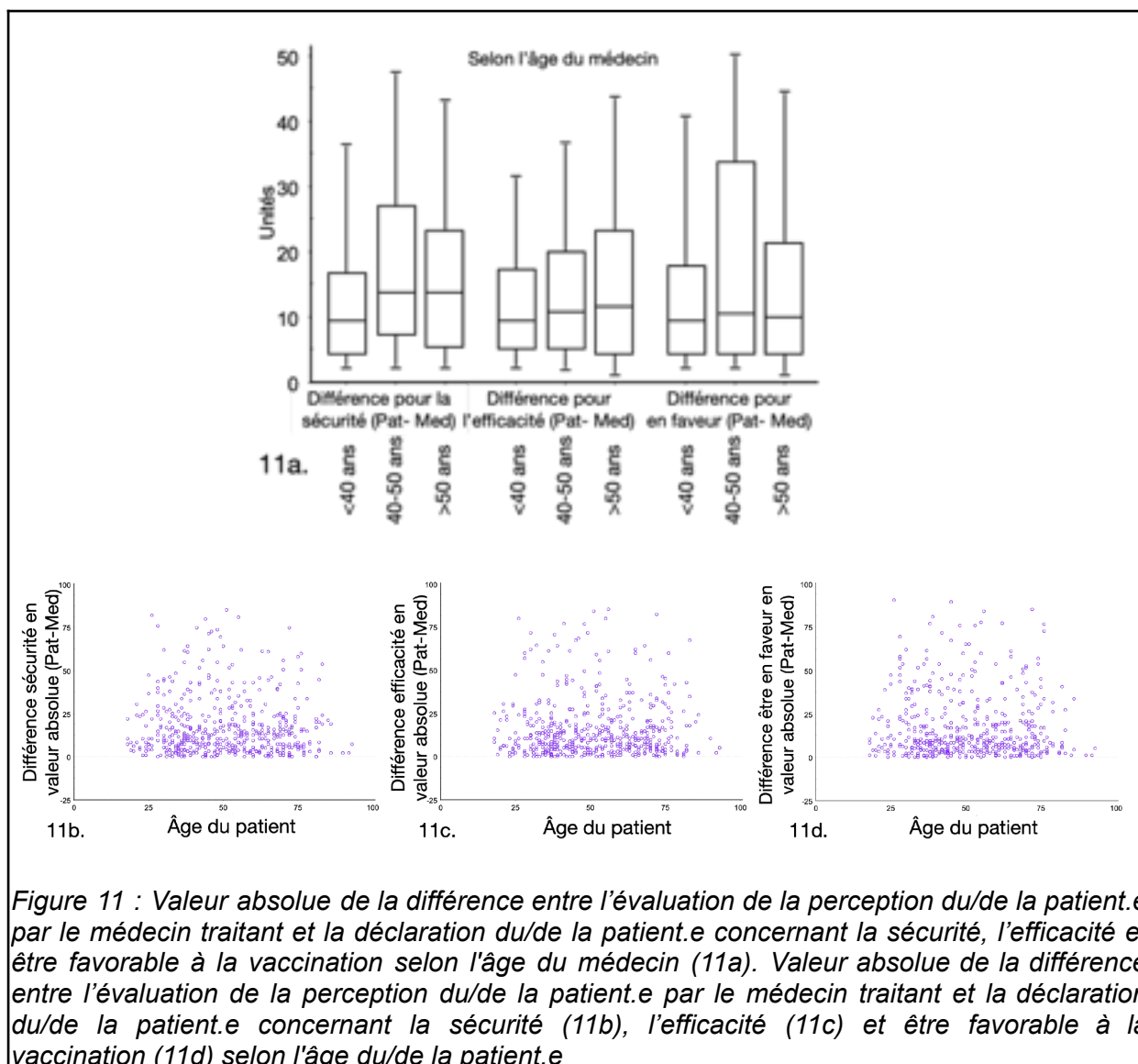


Figure 11 : Valeur absolue de la différence entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité, l'efficacité et être favorable à la vaccination selon l'âge du médecin (11a). Valeur absolue de la différence entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité (11b), l'efficacité (11c) et être favorable à la vaccination (11d) selon l'âge du/de la patient.e

### 5.2. 3. En fonction du genre du médecin et du/de la patient.e

La différence entre l'évaluation de la perception du médecin et la déclaration du/de la patient.e a été étudiée en fonction du genre du médecin puis celui du/de la patient.e. (figures 12). Nous avons observé (figure 12a), que le fait que le médecin soit un homme était associé à une plus faible valeur absolue de la différence concernant la sécurité ( $p=0,019$ ), et le fait d'être favorable à la vaccination ( $p=0,006$ ). Ceci n'était

pas retrouvé significativement pour la différence, en valeur absolue, de l'efficacité ( $p=0,144$ ). Il n'a pas été observé (figure 12b) de différence significative de la valeur absolue de la soustraction entre l'évaluation du médecin et la déclaration du/ de la patient.e en fonction du genre du/de la patient.e concernant la sécurité ( $p=0,758$ ), l'efficacité ( $p=0,489$ ) ou s'il/elle était favorable à la vaccination ( $p=0,540$ ).

Nous avons analysé (figure 12c) les différences entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin et la déclaration du/de la patient.e selon qu'ils/elles soient du même genre ou non. En utilisant les valeurs absolues de ces analyses, il n'existait pas de différence significative concernant l'estimation de la sécurité ( $p=0,143$ ), l'efficacité ( $p=0,108$ ) ou si le/la patient.e était favorable à la vaccination ( $p=0,104$ ) selon que le médecin et le/la patient.e soient du même genre ou non.

Nous avons également (figure 12d) étudié les différences entre l'évaluation de la perception des patients hommes par les médecins hommes et la perception déclarée par ces patients comparativement à toutes les autres configurations en fonction des genres médecin/patient.e. En prenant les valeurs absolues de ces soustractions, Il n'existait pas de différence significative pour cette analyse concernant la sécurité ( $p=0,315$ ), l'efficacité ( $p=0,498$ ) et pour le fait d'être favorable à la vaccination ( $p=0,111$ ).

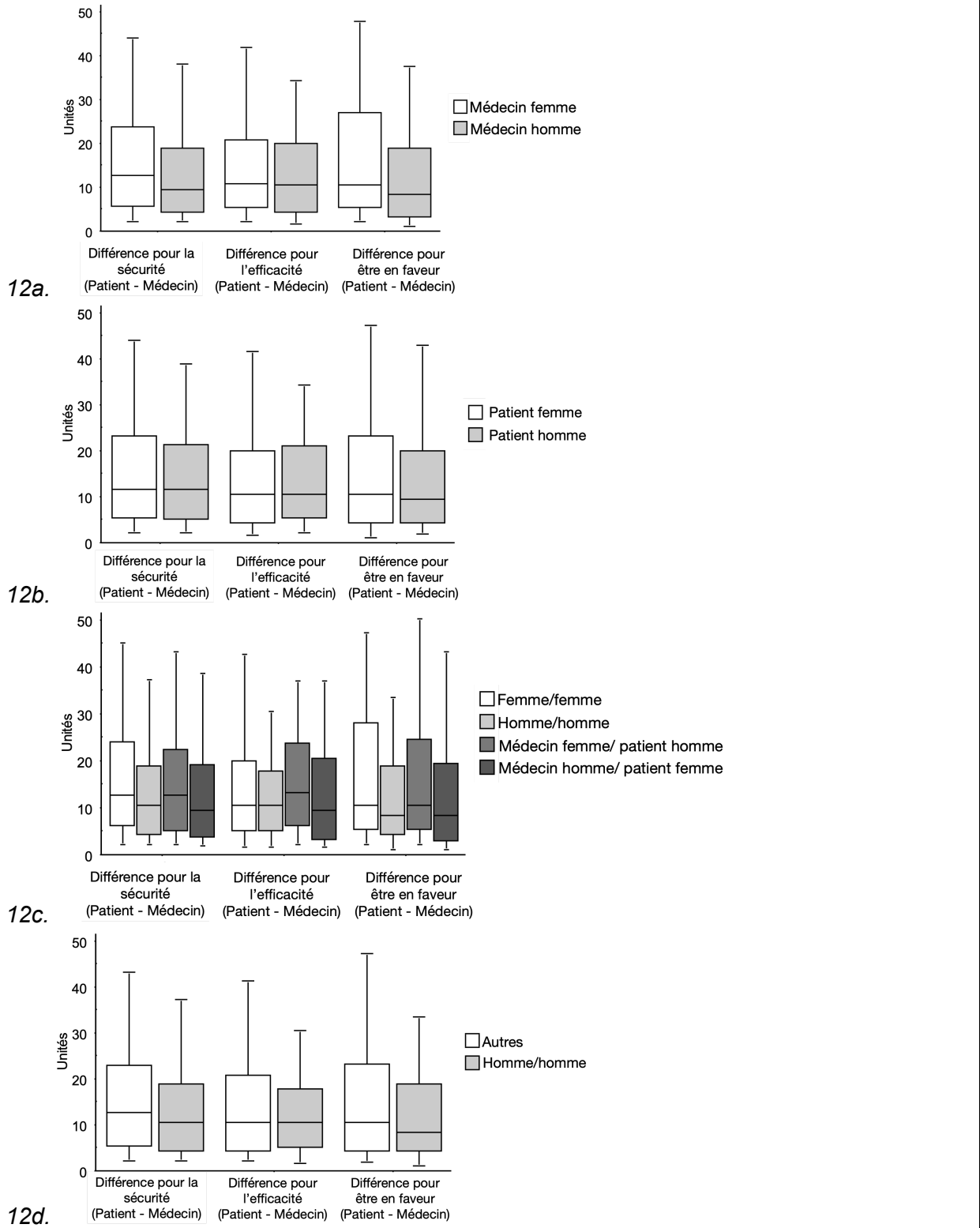
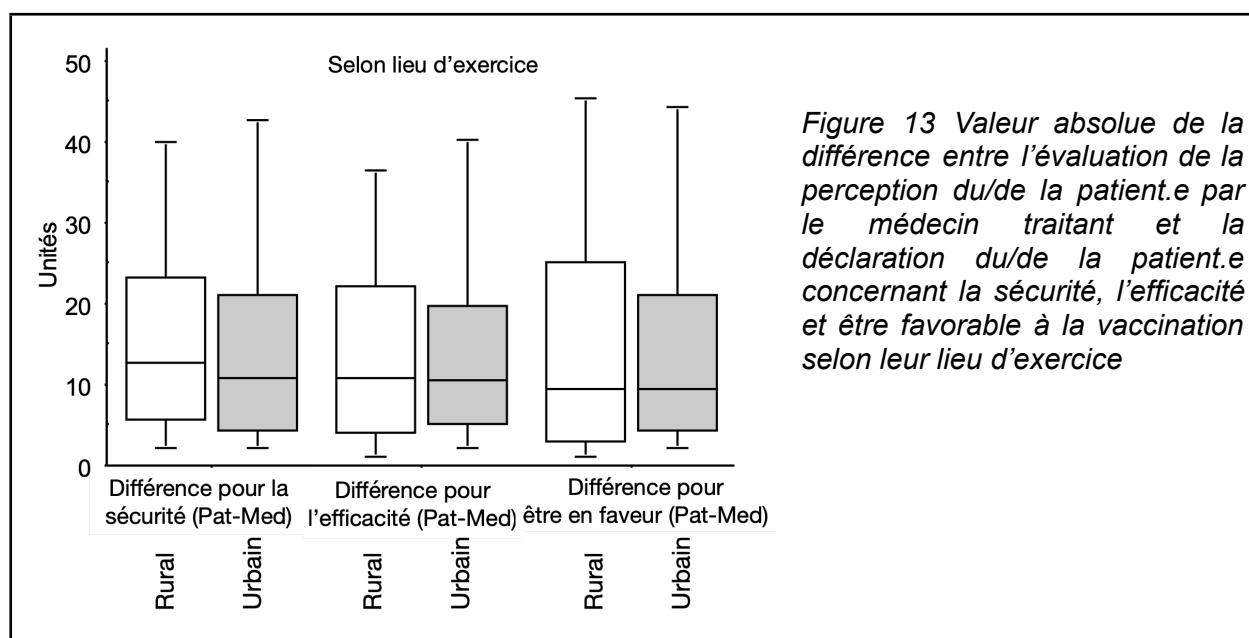


Figure 12 : Valeur absolue de la différence entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité,

*l'efficacité et être favorable à la vaccination selon le genre du médecin (12a), selon le genre du/de la patient.e (12b), selon que le genre du médecin et du/de la patient.e soit concordant ou non (12c), selon que le genre du médecin et du patient soit masculin ou non (12d).*

#### 5.2. 4. En fonction du lieu d'exercice du médecin

La différence entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin et l'estimation du/de la patient.e en fonction de leur lieu d'exercice urbain ou rural a été analysée (figure 13). Cette analyse, en prenant en compte les valeurs absolues, ne montrait pas de différence significative pour la sécurité ( $p=0,232$ ), l'efficacité ( $p=0,877$ ) ni le fait d'être favorable à la vaccination ( $p=0,506$ ).



#### 5.2. 5. En fonction de la parentalité du/de la patient.e

L'écart, en valeur absolue, entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par médecin généraliste et l'auto-déclaration du/de la patient.e, ne variait pas de façon significatif en fonction du nombre d'enfants du/de la patient.e (figure 14) concernant

la sécurité ( $p=0,379$ ), l'efficacité ( $p=0,095$ ) et le fait d'être favorable à la vaccination ( $p=0,329$ ).

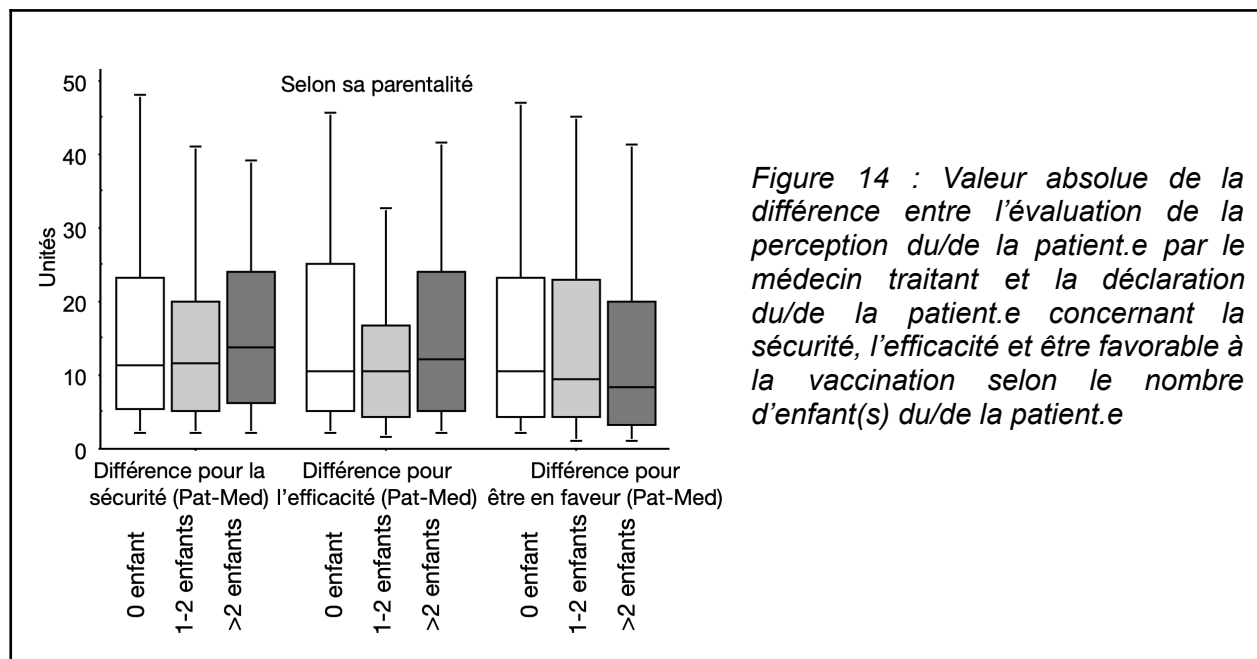


Figure 14 : Valeur absolue de la différence entre l'évaluation de la perception du/de la patient.e par le médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité, l'efficacité et être favorable à la vaccination selon le nombre d'enfant(s) du/de la patient.e

### 5.3. Comparaison des différences pour les 3 axes de perception

Nous avons étudié le lien entre les différences médecin/patient.e pour les 3 axes de perception (figures 15a, b et c). On observait une corrélation significative dans les trois domaines: sécurité et efficacité vaccinale ( $p<0,001$  avec un  $R^2$  à 0,721); sécurité et être en faveur de la vaccination ( $p<0,001$  et  $R^2$  à 0,676); efficacité et le fait d'être en faveur de la vaccination ( $p<0,001$  et  $R^2$  à 0,668) (Fig. 15c). Ainsi, la sous-estimation, la surestimation ou la juste estimation dans un axe était-elle corrélée à celle des 2 autres.

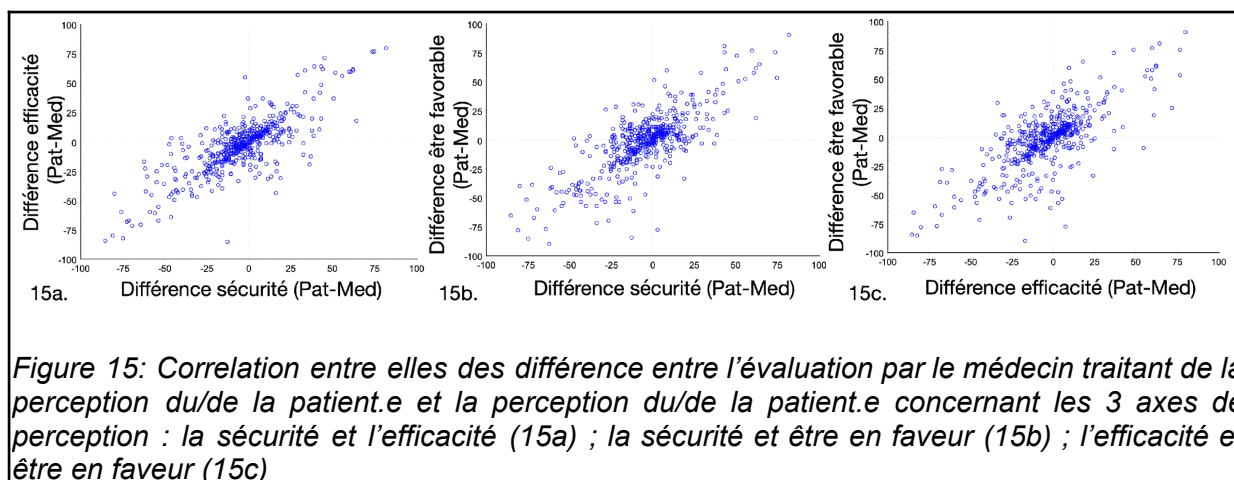


Figure 15: Correlation entre elles des différence entre l'évaluation par le médecin traitant de la perception du/de la patient.e et la perception du/de la patient.e concernant les 3 axes de perception : la sécurité et l'efficacité (15a) ; la sécurité et être en faveur (15b) ; l'efficacité et être en faveur (15c)

#### 5.4. Analyse des différences en fonction de la déclaration du/de la patient.e

Nous avons analysé la différence entre l'évaluation par le médecin traitant de la perception du/de la patient.e et la déclaration du/de la patient.e en fonction de ce que déclarait le/la patient.e. Nous observions que lorsque le/la patient.e déclarait une faible sécurité des vaccins en indiquant des valeurs inférieures à 40 sur 100, la différence entre l'évaluation par le médecin de la perception de son/sa patient.e et la déclaration de son/sa patient.e montrait une surestimation quasiment pour la totalité de ces données. (Fig. 16a) Cette surestimation était également retrouvée concernant l'efficacité (Fig. 16b) ainsi que pour l'adhésion à la vaccination (Fig. 16c)



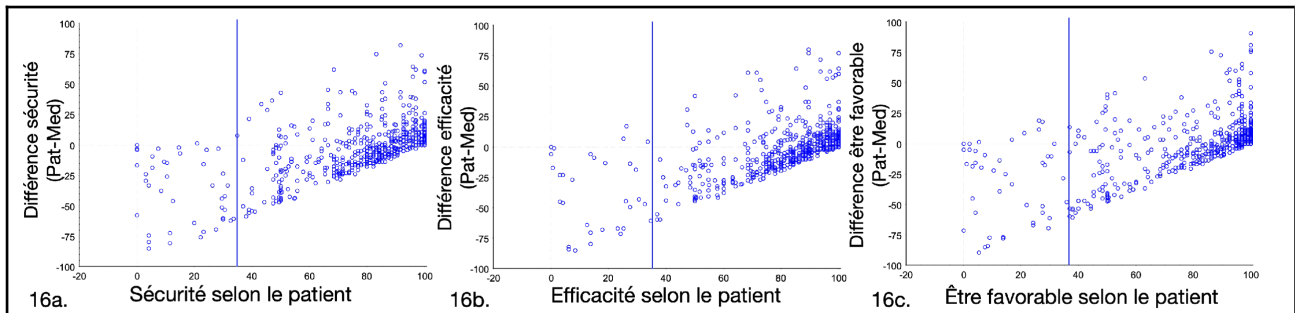


Figure 16: Correspondance entre d'une part la différence entre l'évaluation par le médecin traitant de la perception du/de la patient.e et la perception du/de la patient.e et d'autre part la perception du/de la patient.e, dans les 3 axes de perception : la sécurité (16a), l'efficacité (16b), et être favorable à la vaccination (16c)

### 5.5. Étude des patient.e.s ayant les meilleures ou les moins bonnes perceptions vaccinales

Nous avons classé les patient.e.s selon leur perception déclarée (les plus positifs, ou les plus négatifs quant à la vaccination) puis exploré dans quelle mesure les médecins identifiaient correctement ces profils extrêmes.

D'une part, nous avons identifié les **patient.e.s les plus négatif.ve.s quant aux vaccins**, en particulier ceux qui avaient des perceptions de l'efficacité et de la sécurité inférieures à 75 sur 100. Cela représentait 26,7% des patient.e.s (n= 143) (Figure 17a). Nous avons alors analysé comment ces patient.e.s particulièrement négatif.ve.s quant aux vaccins se distribuaient dans l'évaluation faite par les médecins. Nous avons observé une part importante (54,5%) de ces patient.e.s dans les estimations à plus de 75 des médecins (Figure 17b) : cela montre que les perceptions de ce groupe de patient.e.s moins confiant.e.s avaient tendance à être surestimées par leur médecin traitant. La figure 17c illustre également cette

surestimation en fonction cette fois-ci des “différences patient.e-médecin” qui se situent majoritairement dans les négatives.

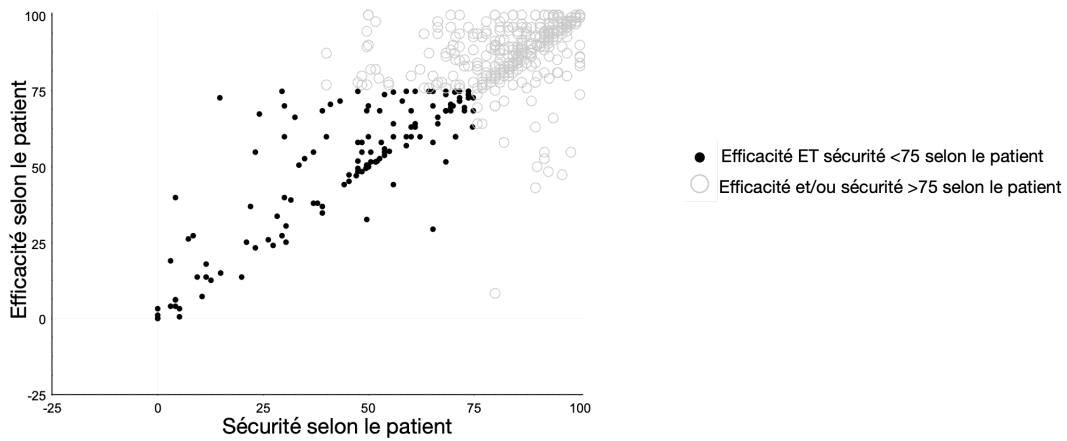


Figure 17a: Identification des patient.e.s ayant des perceptions de la sécurité et de l'efficacité vaccinales inférieure à 75/100 (petits ronds sombres)

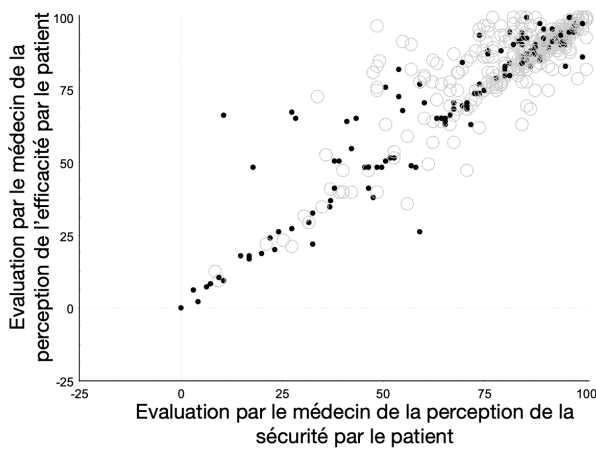


Figure 17b: Répartition de ces patient.e.s ayant des perceptions de l'efficacité et de la sécurité <75/100 (petits ronds sombres) selon l'évaluation de leur médecin traitant.

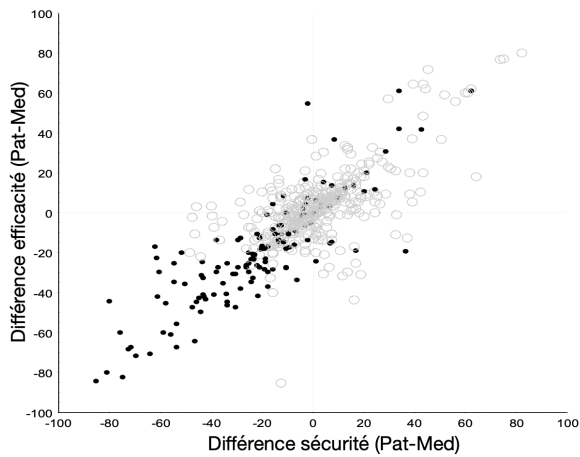
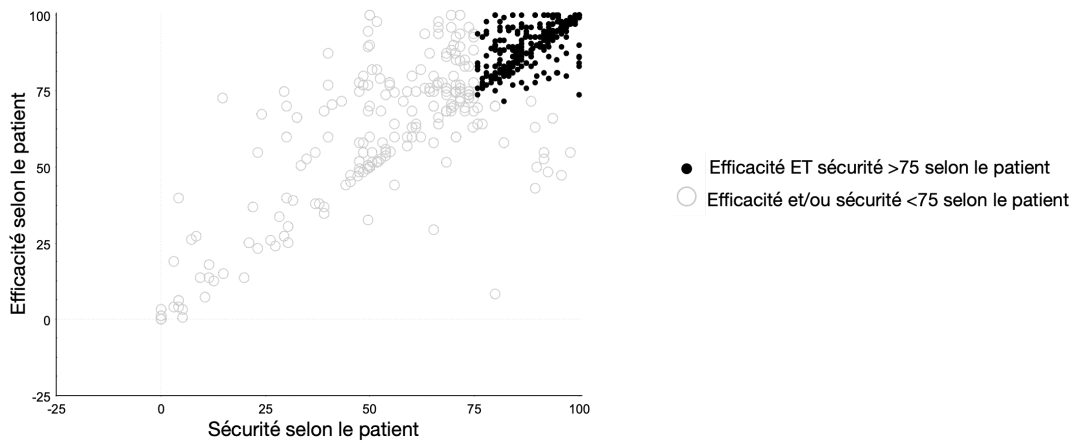


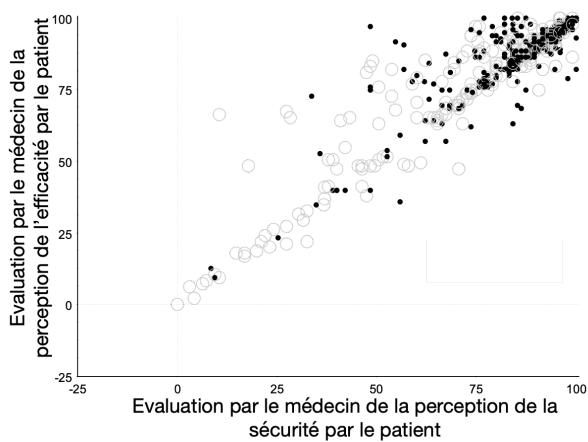
Figure 17c : Différence entre l'évaluation du médecin traitant et la déclaration du/de la patient.e concernant la sécurité et efficacité, en isolant les patient.e.s ayant une efficacité et sécurité <75/100 (petits ronds sombres)

*Figure 17 : Évaluation de l'identification par les médecins de leur patient.e.s les moins confiant.e.s en la vaccination*

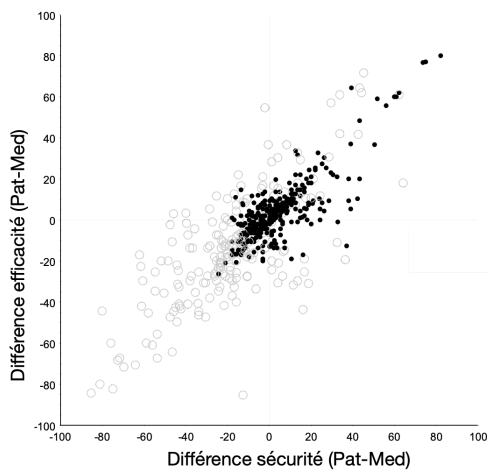
En parallèle, nous avons identifié les **patient.e.s les plus positif.ve.s quant à la vaccination**, en particulier ceux déclarant une perception de l'efficacité et de la sécurité vaccinale supérieures à 75 sur 100, correspondant à 59,7% des patient.e.s (n=319) (figure 18a). Distribué sur la courbe d'estimation des médecins, on observait qu'une proportion élevée (83,4%) de ces patient.e.s très favorables à la vaccination se regroupaient dans les estimations des médecins à plus de 75 sur 100 (figure 18b). Cette bonne estimation se retrouve dans la figure 18c, où l'on observait un lien entre les différences de la déclaration du/de la patient.e soustrait à l'évaluation du médecin concernant la sécurité vaccinale et l'efficacité. Ce lien tendait vers zéro bien que l'on retrouvât quelques perceptions sous-estimées.



18a : Répartition des patient.e.s (petits ronds sombres) ayant des perceptions de la sécurité et de l'efficacité vaccinales supérieures à 75/100



18b: Répartition des patient.e.s ayant des perceptions de l'efficacité et de la sécurité vaccinales >75/100 (petits ronds sombres) selon l'évaluation de leur médecin traitant.



18c. Différence entre l'évaluation par le médecin traitant et la perception déclarée par le/la patient.e concernant la sécurité et l'efficacité, avec identification des patient.e.s ayant des perceptions de l'efficacité et de la sécurité >75/100 (en sombre)

*Figure 18: Évaluation de l'identification par les médecins de leur patient.e.s les plus confiants en la vaccination*

### **5.6. Étude des patient.e.s dont les perceptions sont les moins bien évaluées par leur médecin**

Nous avons ensuite identifié les patient.e.s dont la perception était la plus sous-estimée par leur médecin, c'est-à-dire celles et ceux dont la différence entre l'évaluation de leurs perceptions par leur médecin d'une part et leurs déclarations d'autre part était supérieur à 10 pour la sécurité et pour l'efficacité (figure 19a). Nous avons alors exploré comment ces patient.e.s se distribuaient dans l'évaluation faite par les patient.e.s eux-mêmes (figure 19b). Cette répartition semble homogène sur la courbe de l'évaluation des patient.e.s. Après analyse statistique, cette sous-estimation n'est pas dépendante du genre du médecin ( $p=0,253$ ) ni celui du/de la patient.e ( $p=0,740$ ), ni de la concordance ou non du genre du médecin et du/de la patient.e ( $p=0,810$ ), ni de l'âge du/de la patient.e ( $p=0,059$ ).

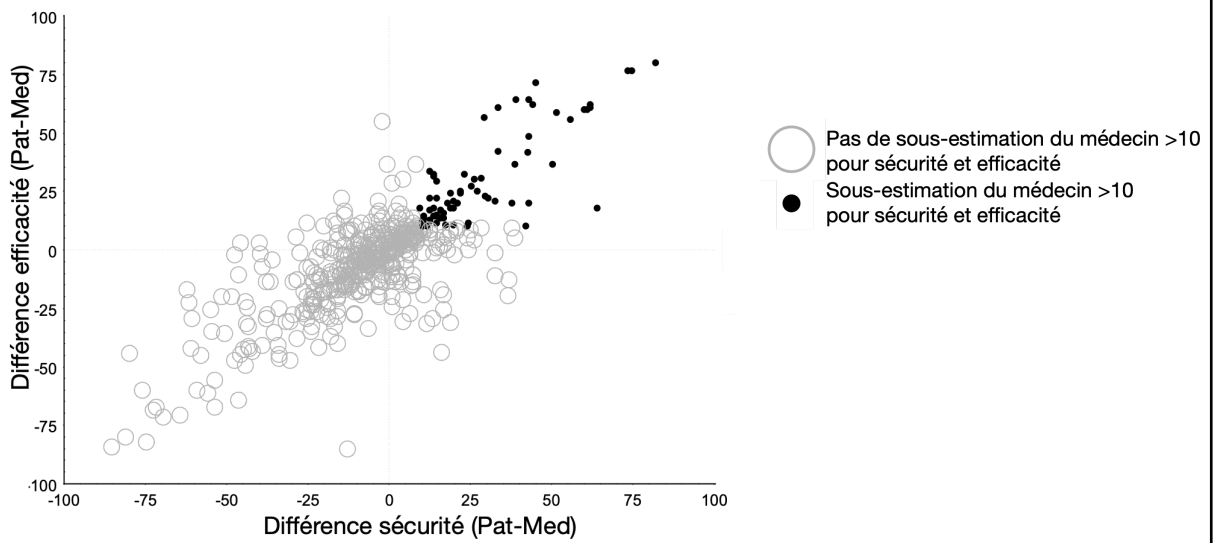


Figure 19a : Répartition des patient.e.s dont la sous-estimation par leur médecin de leur perception est la plus importante (petits ronds sombres)

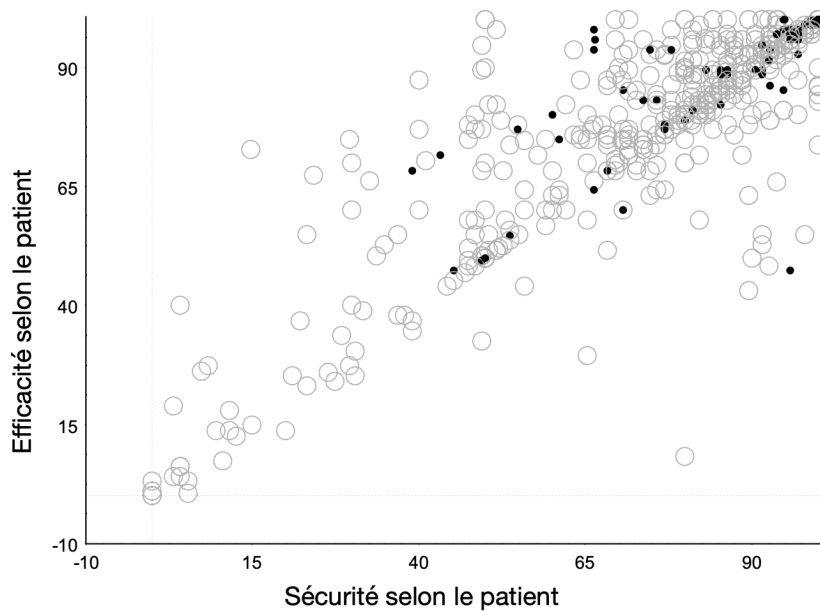


Figure 19b : Répartition des patient.e.s dont la sous-estimation par leur médecin de leur perception est la plus importante selon la déclaration par les patient.e.s (petits ronds sombres)

Figure 19 : Évaluation de l'identification par les médecins de leur patient.e.s dont la perception est la plus sous-estimée





## **IV. Discussion**

### **1. Résumés des principaux résultats**

A travers notre étude, nous avons voulu évaluer la concordance entre l'adhésion à la vaccination déclarée par les patient.e.s de médecine générale et l'évaluation qu'en fait leur médecin généraliste. Pour ce faire nous avons recruté 540 couples médecins/patient.e.s correspondant à 31 médecins généralistes et 540 patient.e.s, un médecin pouvant remplir entre 1 et 30 questionnaires. Notre questionnaire permettait au/à la patient.e de donner sa perception sur la vaccination en termes de sécurité et d'efficacité et si il/elle était favorable à la vaccination ; conjointement son médecin généraliste évaluait quelles étaient les perceptions de son/sa patient.e pour les mêmes critères.

#### **1.1. Perception des patient.e.s**

En ce qui concerne les perceptions du/de la patient.e, il existait une corrélation entre sécurité, efficacité et le fait d'être favorable à la vaccination pour l'ensemble des patient.e.s. Nous pouvons en déduire que les patient.e.s ressentent un lien entre la sécurité et l'efficacité des vaccins. Cela suggère que les patient.e.s peu confiant.e.s en la vaccination le sont par sentiment de manque d'efficacité et de sécurité de la vaccination, et qu'à l'inverse les patient.e.s favorables à la vaccination pensent que ce procédé est sûr et efficace. L'étude de Larson et al (5) de 2016 décrivait que 54,8% de la population française ne pensait pas que les vaccins étaient sécuritaires et moins de 18% avait une perception d'efficacité de la vaccination. Cette

discordance de 2016 avait régressé en 2018 avec une diminution de 16% de la perception du manque de sécurité de la vaccination (27). On notait en 2018 une grande variabilité de cette perception de la sécurité selon le vaccin considéré. En effet, 77,3% de la population interrogée déclarait que le vaccin ROR était sûr contre 51,8% pour le vaccin contre la grippe saisonnière. Cette hétérogénéité de perception est à mettre en parallèle avec les épidémies de rougeole en France, qui ont orienté les pouvoirs publics et les professionnels de santé vers des campagnes de communication et d'information sur la vaccination, dans le but de maintenir une meilleure couverture vaccinale (1). La persistance de ces campagnes d'informations pourrait avoir pour conséquences l'amélioration de la confiance envers la sécurité et l'efficacité vaccinale perçues dans notre étude.

Dans notre étude, la perception du/de la patient.e a également été étudiée selon les caractéristiques du/de la patient.e. Notre étude montre l'absence de différence significative en fonction du genre, de l'âge du/de la patient.e, et du nombre d'enfants. Bien que nous n'ayons pas observé d'association significative entre les perceptions quant aux vaccins et la parentalité, il existait une tendance non significative de la perception de sécurité et d'efficacité des vaccins chez les parents de plusieurs enfants. Une même tendance était d'ailleurs observée dans le baromètre santé 2016 (17), peut-être en partie due à l'information des parents lors de la vaccination de leurs enfants. Il est en effet probable que lors d'une consultation pour la vaccination d'un enfant, les bienfaits de la vaccination et la dangerosité de la maladie qu'il

prévient sont reprises par le médecin. Il a été établi que la contagiosité et la dangerosité d'une maladie augmentent le taux de vaccination de la population (28).

## **1.2. Évaluation par le médecin**

Selon notre étude, l'évaluation que fait le médecin des perceptions de son/sa patiente quant à la sécurité et l'efficacité vaccinales sont corrélées. Il/elle estime donc que les patient.e.s lient fortement la perception de l'efficacité d'une vaccination avec celle de la sécurité.

Notre étude ne trouve pas de différence significative de l'évaluation par son médecin traitant de la perception du/de la patient.e en fonction de l'âge du médecin.

Par ailleurs, notre étude a montré que l'évaluation, par le médecin, de la perception de son/sa patient.e sur le fait d'être en faveur à la vaccination était significativement plus élevée quand le médecin traitant était un homme ou quand le patient qu'il évaluait était un homme. Celle-ci se vérifiait également de façon significative quand ils étaient tous les deux des hommes. Dans cette dernière configuration les patients hommes sont considérés plus en faveur à la vaccination et avec une meilleure perception de la sécurité vaccinale par leurs médecins traitants hommes.

Les études sur l'hésitation vaccinale, étant réalisées majoritairement chez des mères et femmes enceintes, pourraient expliquer que les médecins généralistes pensent que leurs patientes trouvent les vaccins moins sûrs que les hommes.

## **1.3. Justesse des évaluations des médecins**

Cette étude permet de montrer que les médecins généralistes ont globalement une bonne estimation de la perception de la sécurité et de l'efficacité vaccinales, ainsi que le fait d'être favorable à la vaccination pour leur patient.e. En effet, d'une part, pour chacune de ces perceptions par le/la patient.e il existe une corrélation avec l'évaluation qu'en a fait son médecin traitant ; d'autre part, la médiane de la différence entre l'évaluation du médecin et la perception du/de la patient.e est de 10 environ (en valeur absolue). Si le médecin est capable d'estimer avec une assez bonne justesse la perception de son/sa patient.e c'est que celui-ci exprime ses opinions et que son médecin les perçoit de façon claire. De par sa bienveillance et ses compétences, le médecin a réussi à construire un climat d'écoute permettant au/à la patient.e de s'exprimer.

En analysant la différence entre l'évaluation du médecin et la déclaration de son/sa patient.e, nous ne retrouvons pas de différences significatives selon l'ancienneté du suivi médical, le lieu d'exercice, l'âge ou le genre du/de la patient.e, ni de la parentalité de celui/celle-ci. Cependant nous décrivons une meilleure estimation chez les médecins hommes quant à la sécurité et le fait d'être favorable à la vaccination pour leur patient.e, ainsi qu'une meilleure estimation, pour les médecins plus jeunes, concernant la perception de la sécurité vaccinale. Il semblerait donc que la justesse de l'estimation ne dépende pas, dans notre étude, des caractéristiques du/de la patient.e mais seulement de celles du médecin.

Concernant la meilleure justesse d'estimation des médecins jeunes, il est possible de mettre cela en relation avec les modifications de la relation patient.e-médecin.

Depuis les années 1990 la relation thérapeutique est plus centrée sur le/la patient.e, où il devient acteur.ice de celle-ci (29,30). Cela a abouti à des réformes dans la formation médicale. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a ensuite développé un modèle pédagogique "d'approche centré sur le/la patient.e" dont l'apprentissage est axé sur l'acquisition et le développement de compétences dans la formation initiale des médecins généralistes. Les travaux universitaires de 2011 ont permis de décrire 6 compétences génériques transversales symbolisées graphiquement par la "marguerite des compétences" (31). Le CNGE a placé "l'approche centrée patient.e" comme compétence centrale de ce modèle. Les jeunes médecins généralistes formés dans la relation de soin égalitaire entre patient.e et médecin sont donc peut-être plus à même d'évaluer les perceptions de leurs patient.e.s.

#### **1.4. Existence d'une surestimation ou sous-estimation par les médecins**

A travers notre étude, il est remarqué que les patient.e.s les plus positif.ve.s à la vaccination, pour qui l'efficacité et la sécurité sont supérieures à 75%, sont bien identifié.e.s par leur médecin généraliste. Une revue de la littérature de 2012 a classé les parents en 5 classes selon leur opinion quant à la vaccination (32). La catégorie de parents les plus positifs vis-à-vis de la vaccination, nommée par les auteurs "accepteurs incontestés", correspond à 30 à 40% de la population. Ce groupe de patient.e.s est défini comme n'ayant pas de question concernant la vaccination et ayant une bonne relation avec le professionnel de santé. Les

patient.e.s les plus positif.ve.s dans notre étude peuvent être assimilés aux “accepteurs incontestés” : ils/elles n’ont jamais eu besoin de poser des questions complexes sur la vaccination et ont une confiance importante envers le système de santé. Il a pu alors établir une relation plus fluide avec son médecin traitant dans un environnement de confiance, où l’écoute et la discussion ont été faciles, lui permettant d’évaluer de façon correcte son/sa patient.e.

Il est également possible que cette catégorie de patient.e.s favorables à la vaccination soit dans notre étude bien repérée par leur médecin généraliste parce qu’il existe des consultations antérieures où a été réalisé un acte ou une prescription de vaccination laissant ainsi supposer au médecin que son/sa patient.e est favorable à la vaccination. A contrario, dans notre étude, les patient.e.s ayant des perceptions de l’efficacité et de la sécurité inférieures à 75%, sont surestimés dans la moitié des cas environ. Il est donc difficile de repérer cette catégorie de patient.e.s plus négative envers la vaccination.

Les médecins généralistes ont une confiance plus élevée en la vaccination que celle de la population (27). Il se pourrait qu’ils n’imaginent que leur patient.e puissent avoir une opinion aussi négative de la vaccination, étant eux, nettement plus favorables, 95% contre 75,1% concernant tous les vaccins (5,33); ce qui expliquerait qu’ils aient tendance à surestimer l’opinion de leurs patient.e.s les plus négatifs quant à la vaccination.

Il est possible que cette mésestimation ait un lien avec une relation médecin-patient.e peu développée. Cette catégorie de patient.e.s hésitant.e.s, inquiets ou refusant la vaccination sont majoritairement demandeurs d’informations

(34), ils sont souvent la catégorie de patient.e.s ayant le plus de connaissances en la vaccination et anecdotes à ce sujet (32) ce qui peut mettre en difficulté le médecin généraliste qui se sent démuni d'argument, d'explication ou d'outils de communication adaptés (33). Le/la patient.e peut ne plus vouloir aborder le sujet en consultation ce qui expliquerait la difficulté d'estimer justement son opinion par le médecin.

Pour que le médecin puisse évaluer correctement l'opinion du/de la patient.e, il faut que celui/celle-ci l'exprime et donc ait confiance dans la relation de soin. La confiance du/de la patient.e envers son médecin généraliste ou du système de santé peut être difficile à acquérir et doit s'entretenir constamment (20). Par ailleurs, nous savons que le manque de confiance envers le système de santé peut être responsable d'hésitation vaccinale (35). Il est possible que ces patient.e.s peu confiants, ne souhaitant pas exprimer leur point de vue quant à la vaccination, aient des opinions plutôt négatives envers celle-ci.

Dans l'étude, les médecins sous-estiment peu les perceptions de leurs patient.e.s. En analysant les patient.e.s les plus sous-estimé.e.s par leurs médecins traitants, nous remarquons qu'ils ne sont ni les plus ni les moins favorables à la vaccination. Cette sous-estimation ne dépend donc pas de l'avis du/de la patient.e. Nous ne retrouvons pas d'autre facteur associé à la sous-estimation de la perception du/de la patient.e par le médecin : il n'existait pas de lien en fonction de l'âge ni du genre du/de la patient.e ou du médecin. Cette sous-estimation pourrait être associée avec un autre paramètre que nous n'avons pas identifié. Elle pourrait être en lien avec

des données inconnues du médecin traitant pouvant influencer les décisions vaccinales comme les croyances religieuses (27), le niveau d'étude (17), le niveau de revenu (17), des croyances politiques ou culturelles... (22). Cette sous-estimation pourrait dépendre de facteurs connus du médecin mais non analysés dans notre étude comme le nombre ou l'âge des enfants ou être causée par des éléments multifactoriels.



## **2. Forces et limites**

### **2.1. Forces**

#### **2.1. 1. Sujet**

La vaccination est un sujet quotidien en médecine générale concernant tous les patient.e.s de tout âge, en 2009 on estimait que 12% des consultations en médecine générale concernait la vaccination (36). Notre étude est originale de par son recueil de données en demandant au médecin d'évaluer l'opinion de son/sa patient.e. De nombreuses études évaluent l'opinion des patient.e.s mais nous n'en n'avons pas trouvé qui interroge le médecin sur ce que pense son/sa patient.e. A notre connaissance il s'agit donc de la première étude évaluant la concordance entre l'opinion du/de la patient.e et l'estimation de celle-ci selon son médecin généraliste concernant l'adhésion vaccinale.

#### **2.1. 2. Méthode**

Notre échantillon de médecins participant à l'étude est réparti de façon homogène sur les 3 départements et les 3 classes d'âge définies. Il est composé de 31 médecins libéraux installés ce qui est un nombre non négligeable pour une étude nécessitant d'être sollicité plusieurs fois en consultation, bien qu'ils ne correspondent qu'à 1,23% des médecins généralistes libéraux sur ces territoires (37). Le nombre de patient.e.s participant.e.s à l'étude est important dans un contexte de pandémie de la COVID-19 où les consultations de médecines générales se sont modifiées avec une

diminution du nombre de consultations physiques, une réorganisation structurale du cabinet et de l'activité et un développement de la téléconsultation (38).

Nous avons élaboré un questionnaire court, afin qu'il puisse être rapidement complété en consultation. Il était composé d'échelles analogiques identiques dans les deux populations permettant une comparaison optimale.

Nous avons réalisé une relecture de chaque questionnaire afin de limiter les erreurs de retranscriptions de données.

## **2.2. Limites et biais**

### **2.2. 1. Biais de sélection**

Les médecins que nous avons contactés et qui ont été volontaires pour participer à l'étude étaient principalement des maîtres de stage ou leurs associés induisant ainsi un biais de recrutement et un biais de volontariat. De plus, le fait qu'ils aient accepté de participer à cette étude peut être en rapport avec leur intérêt pour la vaccination. Bien que nous ayons proposé aux médecins d'interroger un.e patient.e sur deux et au hasard, le médecin généraliste a probablement choisi les patient.e.s qu'il connaissait bien, ou lorsqu'il avait du temps et pensait à réaliser l'étude. Il existait donc un biais d'auto-sélection. L'ensemble de ces biais peut entraîner une non représentativité de notre échantillon par rapport à la population générale.

### **2.2. 2. Biais situationnel**

Le/la patient.e peut avoir été influencé.e par des facteurs inconscients. En effet, le remplissage du questionnaire lors d'une consultation de médecine générale, en face

de son médecin traitant peut être à l'origine de biais cognitifs. Ainsi le/la patient.e se montrerait plus favorable que ce qu'il est vraiment, influencé par le fait que son médecin traitant est plutôt favorable à la vaccination, cela décrit l'effet de halo.

Notre étude a été réalisée durant l'année 2020, lors de la pandémie de COVID-19. Bien que nous ayons clôt l'étude au début de la campagne vaccinale en France, les interrogations que celle-ci a dû solliciter ont pu entraîner un biais de jugement. L'adhésion à la vaccination a fluctué depuis la mise sur le marché des premiers vaccins contre le SARS-CoV-2 (15). La sécurité de ces nouveaux vaccins a été décrite comme étant le principal facteur d'hésitation auprès du personnel de santé (10). Les caractéristiques du vaccin telles que le lieu de production et la stratégie vaccinale ont un impact plus important dans la population générale (39), mais ce qui semble entraîner le plus d'hésitation vaccinale liée au vaccin contre le COVID-19 est le fait que les études cliniques aient été perçues comme trop rapides par la population française (11).

### **2.2. 3. Biais de confusion**

Nous avons interrogé les patient.e.s sur l'ensemble de la vaccination lors de cette étude, dans le but d'appréhender les perceptions sur la vaccination dans leur globalité sans parler d'imputabilité à un vaccin en particulier. Ce parti pris a pu donner un biais de réponse devant l'opinion de la population divergente en fonction du vaccin concerné. En effet, l'étude de Santé Publique France de 2016 souligne la réticence vis-à-vis de 3 vaccins particulièrement, ceux contre la grippe, l'hépatite B et le papillomavirus. Les vaccins du nourrisson (DTP) sont, quant à eux, bien acceptés

dans cet échantillon de plus de 14 800 personnes avec seulement 2% d'avis défavorables (17). Une étude commandée par la commission européenne avait observé que l'adhésion à certains vaccins était modifiée en fonction de l'âge du/de la patient.e, bien que l'âge du/de la patient.e ne modifie pas l'adhésion à l'ensemble des vaccins (27).

### **3. Perspectives**

#### **3.1. Une communication adaptée**

Dans une revue de la littérature américaine de 2012, le degré d'acceptation et d'hésitation vaccinales a été échelonné en 5 catégories (32); en fonction de celles-ci, les attentes des patient.e.s sont différentes ainsi que les objectifs de communication du médecin (34). La stratégie de communication passe par la compréhension du point de vue du/de la patient.e par le médecin (32). En effet, des outils de communication non ajustés aux patient.e.s, peuvent impacter de façon négative leur décision vaccinale (32,34). Une communication efficace et adaptée permet de meilleurs résultats, un gain de temps et une satisfaction de la relation de soin du point de vue du médecin et celui du/de la patient.e (40).

Notre étude identifie la difficulté des médecins généralistes à repérer les patient.e.s faiblement favorables à la vaccination, il est donc difficile d'utiliser une communication adaptée à cette catégorie de population si elle n'est pas identifiée comme telle. Il serait primordial, dans un premier temps, que le médecin généraliste puisse connaître le niveau d'adhésion vaccinale de son/sa patient.e. On pourrait

proposer une consultation spécifique où le médecin prend le temps d'aborder le sujet de la vaccination, puis des réévaluations avec des temps dédiés en consultation. Lors de la campagne de vaccination contre la COVID-19, il a été instauré une consultation de prévention, avec un tarif dédié, pour les patient.e.s vulnérables ou en affection longue durée, où étaient abordés les conseils et moyens de prévention dont la vaccination. Pour que ceci soit réalisable, il est indispensable que le médecin généraliste se sente à l'aise avec le thème de la vaccination.

### **3.2. Formation des médecins généralistes**

La formation à la vaccinologie étant perçue comme insuffisante (33), il paraît important de proposer davantage de formation continue sur des thèmes de la vaccination. En effet, le médecin doit connaître les maladies infectieuses pour lesquelles il vaccine, bien que certaines soient devenues rares, afin de rester convaincant sur l'intérêt. Il doit également connaître le mécanisme d'action, le fonctionnement du système immunitaire, et les effets indésirables principaux imputables aux vaccins pour informer sa patientèle et l'accompagner. Il serait préférable que les formations proposées soient enseignées par des experts en vaccinologie et non des industries pharmaceutiques pour maintenir une transparence et une confiance auprès des auditeurs (33). Il existe à ce jour plusieurs sites internet accessibles et clairs pouvant répondre aux questions des praticiens : infovac, vaccinlic.com, mesvaccins.net...etc.

Il serait également intéressant de former en stratégies de communications adaptées selon le degré d'acceptation du/de la patient.e (32,41). La communication étant à la

base de la relation patient.e-médecin (42,43), cette formation pourrait être appliquée dans toutes les consultations de médecine générale, dont la vaccination. Des outils de communications ont été proposés dans une revue de la littérature (32) en se basant sur des entretiens motivationnels pour faciliter la discussion. Le centre européen de prévention et de contrôle des maladies a proposé une formation gratuite pour les professionnels de santé axée sur les compétences en communication pour répondre aux questions des patients sur la vaccination (44). On peut souligner la nécessité de prendre le temps en consultation pour connaître le positionnement de son/sa patient.e sur la vaccination, écouter ses préoccupations et comprendre ses attentes. Il serait alors judicieux d'établir des consultations dédiées à l'échange autour de la vaccination entre le médecin et le/la patient.e Les parents ont déclaré, dans l'étude de Ames *et al.* (34), qu'ils souhaiteraient avoir des informations sur les vaccins et qu'elles aient lieu avant la vaccination et non lors de la consultation de celle-ci. Ces informations pourraient avoir lieu lors des 20 consultations de prévention mises à disposition pour les enfants de 0 à 16 ans, remboursées à 100% par la caisse primaire d'assurance maladie et sans avancement de frais, accessibles par tous. Afin de sensibiliser davantage ce public et d'améliorer la vaccination au cours de la petite enfance, il a été proposé, lors d'une étude de cohorte canadienne, des séances d'information éducative sur la vaccination pendant l'hospitalisation en post partum (45). Il en a résulté une vaccination plus complète des enfants dans le groupe expérimental entre 3 mois et 2 ans. La discussion autour de la vaccination a donc sa place dès le post partum.

### **3.3. Études à prévoir**

Notre étude est centrée sur le territoire de l'arc alpin durant l'année 2020, il serait intéressant de la comparer à d'autres études plus globales faites en France, comme celle du Baromètre 2020 de Santé Publique France. Malheureusement ces résultats ne sont pas encore publiés. Ces questionnaires interrogent le niveau d'hésitation vaccinale de la population française (46). Cette comparaison nous permettrait de confirmer l'augmentation de la confiance en la vaccination perçue dans notre étude, au niveau national.

THESE SOUTENUE PAR : PENNES BERTILLE et LESCOP JULIETTE

TITRE : QUELLE EST LA CONCORDANCE ENTRE L'ADHÉSION A LA VACCINATION DE LA POPULATION DES PATIENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA VISION QU'EN A LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE LES CONCERNANT, EN ISÈRE, SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE ?

CONCLUSION :

*Introduction* - La France a été décrite comme le pays le plus hésitant face à la vaccination en 2016. Cette situation débouche sur une couverture vaccinale suboptimale et la résurgence de maladies infectieuses graves. Le médecin généraliste est décrit comme un acteur crucial dans le choix de vaccination de ses patients ; or, de nombreux médecins généralistes déclarent une fatigue face aux efforts requis pour convaincre les personnes ayant des perceptions négatives des vaccins.

L'objectif de notre étude est de déterminer dans quelle mesure le niveau d'adhésion à la vaccination que prêtent les médecins généralistes à leur patient.e.s correspond effectivement à celle que ces patient.e.s déclarent.

*Matériel et méthodes* - Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale de fin janvier à fin décembre 2020, dans des cabinets de médecine générale, sur le territoire de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie. L'objectif principal était d'explorer la concordance entre la perception de la vaccination (sécurité, efficacité, le fait d'être favorable) déclarées par le/la patient.e et l'évaluation que fait son médecin généraliste des perceptions de ce.tte patient.e, à l'aide de 3 échelles analogiques.

*Résultats* - Nous avons pu inclure 540 couples patient.e-médecin. L'évaluation par le médecin de certaines perceptions de son/sa patient.e quant à la vaccination était plus élevée quand le médecin était un homme ( $p=0,016$ ), quand le patient était un homme ( $p=0,011$ ), ou quand le médecin et le patient étaient tous deux des hommes ( $p<0,001$ ). Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge du médecin ou de son lieu d'exercice.

L'analyse de la perception du/de la patient.e montrait une corrélation entre les 3 axes décrits. Il n'existait pas de différence significative en fonction de son genre, de son âge ou de sa parentalité.

L'analyse de la différence (soustraction) entre la perception du/de la patient.e et



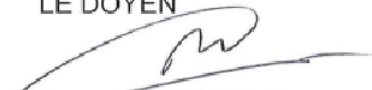
l'évaluation de son médecin a montré une faible différence pour les 3 axes (médianes en valeur absolue entre 9 et 11 sur 100). Cette différence était significativement moindre pour la sécurité quand le médecin avait moins de 40 ans ( $p=0,003$ ) ou était un homme ( $p=0,019$ ), et significativement moindre pour le fait d'être favorable à la vaccination quand le médecin était un homme concernant ( $p=0,006$ ). Pour les 3 axes, la discordance entre la perception du/de la patient.e et l'évaluation de celle-ci par son médecin ne différait pas selon la durée du suivi, le genre du/de la patient.e, la concordance des genres patient.e/ médecin, le lieu d'exercice du médecin, ou la parentalité du/de la patient.e. Les médecins identifiaient comme tel.le.s 83,4% des patient.e.s avec les meilleures perceptions de la sécurité et de l'efficacité vaccinale, mais n'identifiaient comme tel.le.s que 54,5% de celles et ceux avec les moins bonnes perceptions.

*Conclusion-* Les médecins ont une bonne estimation de l'adhésion à la vaccination de leur patientèle ; ils surestiment cependant davantage les perceptions des moins positifs quant à cette question qu'ils ne sous-estiment celles des plus positifs.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

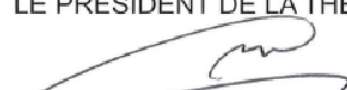
Grenoble le 04/06/2021

LE DOYEN



Pr Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr Patrice MORAND

## **Bibliographie**

1. SPF. Bulletin de santé publique vaccination. Avril 2019. [Internet]. 2019 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-avril-2019>
2. République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>
3. OMS. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy [Internet]. 2014 [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
4. Peretti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale : une revue critique. J Anti-Infect. oct 2015;17(3):120-4.
5. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. oct 2016;12:295-301.
6. Bertrand A, Torny D. Libertés individuelles et santé collective. In: convention CNRS / DGS SD5C 03-673 [Internet]. 2004. p. 109. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00397364/document>
7. Maisonneuve H. Affaire Wakefield : 12 ans d'errance car aucun lien entre autisme et vaccination ROR n'a été montré. Presse Médicale. 1 sept 2012;41(9):827-34.
8. Mouchet J, Salvo F, Raschi E, Poluzzi E, Antonazzo IC, De Ponti F, et al. Hepatitis B vaccination and the putative risk of central demyelinating diseases - A systematic review and meta-analysis. Vaccine. 14 2018;36(12):1548-55.
9. Petráš M, Lesná IK, Dáňová J, Čelko AM. Is an Increased Risk of Developing Guillain-Barré Syndrome Associated with Seasonal Influenza Vaccination? A Systematic Review and Meta-Analysis. Vaccines. 27 mars 2020;8(2).
10. Verger P, Scronias D, Dauby N, Adedzi KA, Gobert C, Bergeat M, et al. Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. Eurosurveillance [Internet]. 21 janv 2021 [cité 8 mars 2021];26(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7848677/>
11. IPSOS, Survey for The World Economic Forum. Global attitudes on a Covid-19 vaccine report [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-11/global-attitudes-on-a-covid-19-vaccine-oct-2020.pdf>

12. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum Vaccines Immunother.* 8 août 2013;9(8):1763-73.
13. Betsch C, Böhm R, Korn L. Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior? game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* sept 2013;32(9):978-85.
14. Contal E, Putot A, Dipanda M, Perrin S, Asgassou S, Sordet-Guépet H, et al. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière du personnel soignant en gériatrie : mise au point. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 déc 2016;64(6):415-23.
15. KEKST CNC. COVID-19 Opinion Tracker - Edition 7 [Internet]. 2021 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [kekstcnc.com/de/insights/covid-19-opinion-tracker-edition-7](https://kekstcnc.com/de/insights/covid-19-opinion-tracker-edition-7)
16. Lagarde J-C, Door J-P. Rapport de l'assemblée nationale n° 2698 - Au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-enq/r2698.pdf>
17. SPF. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique [Internet]. 2016 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183070/2308834>.
18. Fokoun C. Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article. *Hum Vaccines Immunother.* 14 juin 2018;14(7):1580-90.
19. Smith PJ, Kennedy AM, Wooten K, Gust DA, Pickering LK. Association Between Health Care Providers' Influence on Parents Who Have Concerns About Vaccine Safety and Vaccination Coverage. *PEDIATRICS.* 1 nov 2006;118(5):e1287-92.
20. Ward PR. Improving Access to, Use of, and Outcomes from Public Health Programs: The Importance of Building and Maintaining Trust with Patients/Clients. *Front Public Health.* 2017-3-08 ;5(22) :1-7
21. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine.* 20 déc 2016;34(52):6700-6.
22. Guimier L. Accepter ou refuser un vaccin est une manière de concevoir et de faire sa place dans la société [Internet]. Société de Géographie. 2017 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://socgeo.com/2017/11/20/lucie-guimier-accepter-ou-refuser-un-vaccin-est-une-maniere-de-concevoir-et-de-faire-sa-place-dans-la-societe/>
23. Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, deHart MP, Halsey N. Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases. *N Engl J Med.* 7 mai 2009;360(19):1981-8.

24. Flanagan-Klygis EA, Sharp L, Frader JE. Dismissing the family who refuses vaccines: a study of pediatrician attitudes. *Arch Pediatr Adolesc Med.* oct 2005;159(10):929-34.
25. Collange F, Fressard L, Pulcini C, Launay O, Gautier A, Verger P. Opinions des médecins généralistes de la région Provence- Alpes-Côte d'Azur sur le régime obligatoire ou recommandé des vaccins en population générale. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016; (24-25):406-13. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/24-25/2016\\_24-25\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/24-25/2016_24-25_1.html)
26. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
27. European Commission. Directorate General for Health and Food Safety. State of vaccine confidence in the EU 2018. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/241099>
28. Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychol.* 2007;26(2):136-45.
29. Hagyard S. Perception du patient formateur chez les médecins généralistes : représentations, attentes et enjeux [Internet] [Thèse de doctorat]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017. Disponible sur: [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a1aecb55-0329-420c-a4e7-da828e0b9663/bl-obholder:0/THm\\_2017\\_HAGYARD\\_Sebastien.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/a1aecb55-0329-420c-a4e7-da828e0b9663/bl-obholder:0/THm_2017_HAGYARD_Sebastien.pdf)
30. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* juin 2004;7(2):181-2.
31. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
32. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr.* 21 sept 2012;12:154.
33. Collange F, Fressard L, Verger P. Vaccination : attitudes et pratiques des médecins généralistes. *DREES - Études Résultats* [Internet]. 31 mars 2015;(910). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er910.pdf>
34. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 févr 2017;(2).
35. Begue P. View of Vaccination Hesitation and Vaccination Challenges in 2017. *Integr J Med Sci.* 2017;4:80-5.

36. Observatoire de la Médecine générale. Données en consultation pour la vaccination [Internet]. Observatoire de la médecine générale - Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
37. Ordre National des Pharmaciens. Nombre de médecins généralistes libéraux - Cartes [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux>
38. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuurs M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open* [Internet]. 2 déc 2020 [cité 27 mai 2021];10(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7712933/>
39. Schwarzingler M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health* [Internet]. 6 févr 2021 [cité 8 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7864787/>
40. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation: un retour d'expérience [Internet] [Thèse de doctorat]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186216/document>
41. Hagood EA, Herlihy SM. Addressing heterogeneous parental concerns about vaccination with a multiple-source model: A parent and educator perspective. *Hum Vaccines Immunother*. 8 août 2013;9(8):1790-4.
42. De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Couns*. mars 2009;74(3):287-94.
43. Rollnick S, Miller WR, Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel [Internet]. InterEdition. Paris; 2018 [cité 31 mai 2021]. (Soin et psy). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/pratique-entretien-motivationnel-com-muniquer-avec-patient-en-0>
44. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC training in the area of vaccination and vaccine hesitancy for primary healthcare professionals [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/procurement-and-grants/ecdc-training-area-vaccination-and-vaccine-hesitancy-primary>
45. Lemaitre T, Carrier N, Farrands A, Gosselin V, Petit G, Gagneur A. Impact of a vaccination promotion intervention using motivational interview techniques on long-term vaccine coverage: the PromoVac strategy. *Hum Vaccines Immunother*. 20 nov 2018;0(0):1-8.
46. SPF. Baromètre de Santé publique France 2020. Questionnaire [Internet]. 2020 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2020.-questionnaire>

## **Annexes**

**Questionnaire**





### Questionnaire sur la perception de la vaccination en médecine générale

### Questionnaire sur la perception de la vaccination en médecine générale



#### Questionnaire médecin

1. Depuis combien de temps êtes-vous médecin traitant du patient ?
2. Combien de consultations avez-vous eu avec ce patient ?  
< 5  5  ≥ 5
3. Sur une échelle de 0 à 100 (0 : pas du tout, 100 : tout à fait), faites une marque pour indiquer selon vous, l'avis de votre patient concernant :

a. La sécurité des vaccins ?



b. L'efficacité des vaccins ?



c. Est-il favorable à la vaccination ?



#### Questionnaire patient

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre sexe ? M  F
3. Quelle est votre profession ?
4. Avez-vous des enfants ? Oui  Non   
Si oui, quels âges ont-ils ?
5. Sur une échelle de 0 à 100 (0 : pas du tout, 100 : tout à fait), faites une marque pour indiquer selon vous :

a. La sécurité des vaccins ?



b. L'efficacité des vaccins ?



c. Êtes-vous favorable à la vaccination ?



Ce questionnaire est anonyme, facultatif et volontaire. Si vous souhaitez vous retirer de l'étude après avoir remplis ce questionnaire, merci de nous le signaler grâce à votre numéro de questionnaire

## **Affiche informative**

# Etude médicale

Nous vous proposons de participer à une étude pour notre thèse de doctorat en médecine

## Vaccination: Les médecins et les patients sont-ils sur la même longueur d'onde ?

### QUESTIONNAIRE ANONYME

Les données sont anonymes et ne serviront que pour des recherches statistiques

1

### QUESTIONNAIRE FACULTATIF

Uniquement sur la base du volontariat, mais il est important d'avoir le plus de réponses possibles

2

### QUESTIONNAIRE ET PRISE EN CHARGE

La participation au questionnaire n'a aucune incidence sur la prise en charge de vos soins

3

Si vous souhaitez vous retirer de l'étude une fois le questionnaire rempli, vous pouvez le faire grâce au numéro de votre questionnaire détachable.



Centre  
Universitaire de  
Grenoble



**Bertille PENNES**  
Interne en médecine générale au CHU de Grenoble



**Juliette LESCOP**  
Interne en médecine générale au CHU de Grenoble

## **Le serment d'Hippocrate**

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

# QUELLE EST LA CONCORDANCE ENTRE L'ADHÉSION À LA VACCINATION DE LA POPULATION DES PATIENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET LA VISION QU'EN A LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE LES CONCERNANT, EN ISÈRE, SAVOIE ET HAUTE-SAVOIE ?

## Résumé

*Introduction* - La France a été décrite comme le pays le plus hésitant face à la vaccination en 2016. Cette situation débouche sur une couverture vaccinale suboptimale et la résurgence de maladies infectieuses graves. Le médecin généraliste est décrit comme un acteur crucial dans le choix de vaccination de ses patients ; or, de nombreux médecins généralistes déclarent une fatigue face aux efforts requis pour convaincre les personnes ayant des perceptions négatives des vaccins.

L'objectif de notre étude est de déterminer dans quelle mesure le niveau d'adhésion à la vaccination que prêtent les médecins généralistes à leur patient.e.s correspond effectivement à celle que ces patient.e.s déclarent.

*Matériel et méthodes* - Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale de fin janvier à fin décembre 2020, dans des cabinets de médecine générale, sur le territoire de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie. L'objectif principal était d'explorer la concordance entre la perception de la vaccination (sécurité, efficacité, le fait d'être favorable) déclarées par le/la patient.e et l'évaluation que fait son médecin généraliste des perceptions de ce.tte patient.e, à l'aide de 3 échelles analogiques.

*Résultats* - Nous avons pu inclure 540 couples patient.e-médecin. L'évaluation par le médecin de certaines perceptions de son/sa patient.e quant à la vaccination était plus élevée quand le médecin était un homme ( $p=0,016$ ), quand le patient était un homme ( $p=0,011$ ), ou quand le médecin et le patient étaient tous deux des hommes ( $p<0,001$ ). Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge du médecin ou de son lieu d'exercice.

L'analyse de la perception du/de la patient.e montrait une corrélation entre les 3 axes décrits. Il n'existait pas de différence significative en fonction de son genre, de son âge ou de sa parentalité.

L'analyse de la différence (soustraction) entre la perception du/de la patient.e et l'évaluation de son médecin a montré une faible différence pour les 3 axes (médianes en valeur absolue entre 9 et 11 sur 100). Cette différence était significativement moindre pour la sécurité quand le médecin avait moins de 40 ans ( $p=0,003$ ) ou était un homme ( $p=0,019$ ), et significativement moindre pour le fait d'être favorable à la vaccination quand le médecin était un homme concernant ( $p=0,006$ ). Pour les 3 axes, la discordance entre la perception du/de la patient.e et l'évaluation de celle-ci par son médecin ne différait pas selon la durée du suivi, le genre du patient, la concordance des genres patient.e/médecin, le lieu d'exercice du médecin, ou la parentalité du/de la patient.e. Les médecins identifiaient comme tel.le.s 83,4% des patient.e.s avec les meilleures perceptions de la sécurité et de l'efficacité vaccinale, mais n'identifiaient comme tel.le.s que 54,5% de celles et ceux avec les moins bonnes perceptions.

*Conclusion*- Les médecins ont une bonne estimation de l'adhésion à la vaccination de leur patientèle ; ils surestiment cependant davantage les perceptions des moins positifs quant à cette question qu'ils ne sous-estiment celles des plus positifs.