



HAL
open science

Information sur les 11 vaccins obligatoires : impact d'une plaquette destinée aux accouchées : étude de cohorte observationnelle multicentrique dans les Alpes-Maritimes (06)

Amélie Moynard

► To cite this version:

Amélie Moynard. Information sur les 11 vaccins obligatoires : impact d'une plaquette destinée aux accouchées : étude de cohorte observationnelle multicentrique dans les Alpes-Maritimes (06). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03560822

HAL Id: dumas-03560822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03560822>

Submitted on 7 Feb 2022

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**Information sur les 11 vaccins obligatoires : impact d'une
plaquette destinée aux accouchées**

Étude de cohorte observationnelle multicentrique dans les Alpes-Maritimes (06)

MOYNARD Amélie

Née le 29 mars 1997

A Cagnes sur mer, Alpes-Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 11 juin 2021

Directeur de mémoire : Philippe BABE

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME 2021

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

**Information sur les 11 vaccins obligatoires : impact d'une
plaquette destinée aux accouchées**

Étude de cohorte observationnelle multicentrique dans les Alpes-Maritimes (06)

MOYNARD Amélie

Née le 29 mars 1997

A Cagnes sur mer, Alpes-Maritimes

Mémoire présenté et soutenu le 11 juin 2021

Directeur de mémoire : Philippe BABE

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Docteur Philippe Babe, mon directeur de mémoire, pour son intérêt et son aide précieuse au cours de ce travail.

A toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes, en particulier Mme Blayac pour ses conseils et sa disponibilité.

Au Docteur Khalfi pour son investissement qui a permis la concrétisation de mon projet.

A Antoine, merci pour ton temps, tes conseils et ta patience. Ton aide m'a été essentielle.

A Mélanie, ma partenaire de galère et de distribution, grâce à toi Excel n'a plus de secret pour moi.

A Oriane, pour avoir pris le temps de tout relire et pour tes conseils.

A mes copines, qui m'ont accompagnée durant ces 4 années de rires et de galères.

Merci à Chloé pour ta gentillesse et ta bienveillance. Mention spéciale à Déborah, je te remercie pour ton soutien permanent, ta compréhension, ta patience et ton amitié précieuse.

A ma mère, pour son amour, son soutien indéfectible, ses nombreux conseils et surtout sa patience. Merci maman d'avoir toujours été là.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	6
1. INTRODUCTION.....	7
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
2.1 Nature de l'étude.....	12
2.2 Hypothèses.....	12
2.3 Objectifs.....	12
2.4 Population.....	13
2.5 Présentation de la plaquette.....	13
2.6 Présentation du questionnaire.....	14
2.7 Méthodes de recueil des informations	15
3. RÉSULTATS	17
3.1 Caractéristiques générales de la population	18
3.2 Connaissance des vaccins	20
3.3 Connaissance de la loi.....	23
3.4 Délivrance des informations	26
4. DISCUSSION	27
4.1 Caractéristiques générales de la population interrogée.....	27
4.2 Avis de la population interrogée concernant l'injection des 11 vaccins	28
4.2.1 Trop de vaccins	28
4.2.2 Une visée commerciale	28
4.2.3 Dangerosité des vaccins.....	29
4.3 Mieux informer pour réduire l'hésitation vaccinale	30
4.3.1 État des lieux des connaissances.....	30
4.3.2 Les effets de la vaccination encore trop méconnus ou incompris	31
4.3.3 Un manque d'information avéré.....	31
4.3.4 Les professionnels de santé, principaux vecteurs de l'information	31
4.3.5 Le poids des médias	32
4.3.6 Choix d'une communication simple et adaptée : la plaquette d'information.....	34
4.4 Limites et forces de l'étude	34
4.4.1 Biais temporel et circonstanciel.....	34
4.4.2 Biais de population	35

4.4.3 Biais de sélection	35
4.4.4 Biais de mesure	35
4.4.5 Biais de confusion	35
4.4.6 Biais liés au questionnaire.....	36
4.4.7 Forces de l'étude	36
4.5 Perspectives d'amélioration.....	37
4.6 Validation des hypothèses	38
CONCLUSION.....	40
Bibliographie.....	I
ANNEXES.....	VI

LISTE DES ABRÉVIATIONS

SEP : Sclérose En Plaques

R-O-R : Rougeole-Oreillons-Rubéole

D-T-P : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

HIB : Haemophilus influenzae B

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures :

Figure 1 : Diagramme de flux de la population de l'étude

Figure 2 : Vaccins concernés par la réticence vaccinale en région PACA en 2015 selon les médecins généralistes

Figure 3 : Suggestions proposées par google.fr et Google.co.uk

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles par maternité

Tableau 2 : Apports et avis concernant la population ayant reçu la plaquette par maternité

Tableau 3 : Connaissance de la vaccination par maternité

Tableau 4 : Vaccins effectués chez les précédents enfants selon les multipares par maternité

Tableau 5 : Avis sur la vaccination selon les caractéristiques maternelles

Tableau 6 : Avis sur la loi et délivrance des informations par maternité

Tableau 7 : Comparaison entre l'avis sur la loi et la vaccination en général par maternité

Tableau 8 : Avis sur la loi selon la nature de l'information apportée par maternité

Tableau 9 : Nombre d'injections réalisées pour les 11 vaccins selon les patientes par maternité

Tableau 10 : Avis sur la loi selon les caractéristiques maternelles

Tableau 11 : Caractéristiques maternelles et délivrance des informations

1. INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de crise sanitaire liée à la COVID-19, force est de constater que le respect des gestes barrières de chacun est aujourd'hui le principal rempart pour limiter la propagation du virus, en attendant une vaccination de la population à grande échelle. L'objectif est de se protéger pour protéger les autres. Cette démarche citoyenne est le concept même de la vaccination, seul moyen recherché à ce jour pour parvenir à réduire cette pandémie.

La vaccination est en effet un des principaux piliers de la santé publique. Depuis de nombreuses décennies, elle a pour vocation de maîtriser, voire d'éradiquer, les maladies contagieuses avec des risques de graves séquelles. Dans un premier temps, l'État a donc décidé de rendre obligatoire trois vaccins (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) pour lutter contre ces maladies et protéger tous les enfants. Les premières injections du vaccin trivalent D-T-P ont débuté dans les années 1950-1960.[1]

Depuis les années 1970, d'autres vaccins plus récents dits « recommandés » sont venus compléter le calendrier des vaccins obligatoires (Annexe I). Jusqu'alors, l'État s'est appuyé sur l'adhésion forte de la population et des médecins pour obtenir la vaccination de tous les enfants. Si la coexistence de vaccins obligatoires et de vaccins recommandés est le reflet de l'histoire de la vaccination en France, il semble aujourd'hui que ce système n'ait pas réussi à faire ses preuves auprès de la population. Nous faisons en effet face à la réapparition de certaines épidémies due à une couverture vaccinale insuffisante. La recrudescence de la rougeole par exemple, a provoqué des milliers de cas entre 2008 et 2011. [1]

Afin de pallier de manière efficace et rapide cette évolution, le ministère de la Santé a recommandé, en juillet 2017, d'élargir l'obligation vaccinale à huit vaccins supplémentaires chez les bébés de moins de deux ans.

Ainsi, 11 vaccins sont désormais devenus obligatoires pour tous les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018 (loi du 30 décembre 2017) [2]. Ils seront exigés pour l'entrée ou le maintien en collectivité dans le respect du calendrier vaccinal, sauf contre-indication médicale reconnue. Les 11 vaccins suivants représentent 10 injections pour les enfants, étalées sur 2 ans : Antidiphtérique, Antitétanique, Antipoliomyélitique, contre la coqueluche, contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, contre le virus de l'hépatite B, contre

les infections invasives à pneumocoque, contre le méningocoque de séro groupe C, contre la rougeole, contre les oreillons, contre la rubéole.

Il est intéressant et rassurant de rappeler qu'au moins 70 % des enfants connaissent déjà ces 10 injections sur deux ans et que 80 % d'entre eux ont reçu plus de huit injections.[1]

Si le potentiel des vaccins pour prévenir les maladies et sauver des vies n'a jamais été aussi grand, l'hésitation à la vaccination reste aujourd'hui une des difficultés premières à la généralisation de la couverture vaccinale. Pour autant, le maintien pérenne d'un taux extrêmement élevé de vaccination en temps opportun est l'unique moyen de contrôler et maîtriser les maladies évitables [1].

L'hésitation à l'égard des vaccins est en partie le reflet de la représentation que se font certains parents sur le bien-fondé de la vaccination en général et sur les incidences des vaccins sur la santé de leurs enfants [3]. L'obligation vaccinale, un des facteurs de cette hésitation, est donc pour cette partie de la population un véritable frein à la vaccination [4].

En effet, elle soulève un problème éthique majeur : à l'heure où le consentement éclairé est l'une des fondations de la démarche thérapeutique, la vaccination obligatoire est une contradiction de la gouvernance du patient dans la gestion de sa santé [5], [6].

Les médias jouent également un rôle important [7] : certains d'entre eux, à vocation de campagne grand public, participent à une diffusion d'informations de masse qui se veulent attractives, souvent anxiogènes, parfois erronées ou sorties de leur contexte en vue de créer la polémique.

Ainsi, souvent influencés par les médias, parfois par leurs convictions personnelles, certains parents, voire même le corps médical, restent encore persuadés que les vaccins n'existent que pour assouvir l'activité économique de sociétés pharmaceutiques [4].

Cette vision découle de deux postulats :

- Une méconnaissance des enjeux de santé publique, de l'existence et de l'utilité des agences de santé publique
- Un réel manque de confiance dans les industries œuvrant dans le monde de la santé (laboratoires, industries pharmaceutiques...)

Il est important de garder en mémoire que de nombreuses idées reçues perdurent, encouragées par des scandales médiatiques qui sont à la base d'une hésitation vaccinale persistante.

Parmi elles, le vaccin contre l'hépatite B : lancé via une campagne massive de vaccination ciblant nourrissons et préadolescents en 1994, il a rapidement été associée à un possible lien avec la survenue de sclérose en plaques se développant une fois adulte. Suite à cette polémique, de nombreuses études, notamment celle sur la cohorte neuro-pédiatrique française KiDSEP publiée en 2008 ont démontré l'absence de lien avéré entre la vaccination contre l'hépatite B et le risque de SEP [8]. Le Haut Conseil de Santé Publique recommande donc le maintien et le renforcement de la politique vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez l'enfant. [9].

Pour autant, des doutes dans la population générale persistent : en 2016, et malgré les études menées et les conclusions apportées, 56,8% des parents estimaient toujours que le vaccin contre l'hépatite B pouvait provoquer des maladies graves [10]. Au ratio bénéfice/risque, 91,3% ont tout de même choisi en 2017 de faire vacciner leur enfant, taux qui reste inférieur à l'objectif de 95% fixé par la loi de santé publique. Depuis 2018, grâce à son introduction dans le vaccin hexavalent [11], on peut noter une augmentation significative de son taux qui atteint en 2019 près de 98%. La notion obligatoire du vaccin a donc porté ses fruits et permis d'obtenir un taux de couverture vaccinale très satisfaisant.

Un autre exemple est celui du vaccin contre la Rougeole-Oreillons-Rubéole (R-O-R).

En 1998, un article d'Andrew Wakefield dans le journal *The Lancet* fait valoir l'existence d'un lien entre l'autisme et ce vaccin [12]. Suite à cette publication, une diminution de la couverture vaccinale dans certaines régions au Royaume Uni et une recrudescence des cas de rougeole ont été constatées.

Il a été démontré des années plus tard que cet article faisait non seulement l'objet d'absence de preuves scientifiques et d'anomalies dans l'étude, mais aussi qu'Andrew Wakefield, motivé par des raisons économiques, avait été rémunéré par un cabinet d'avocat pour faire des recherches scientifiques dans le cadre d'une procédure contre les fabricants du R-O-R. Deux études approfondies et fiables ont prouvé en 1999 et 2002 qu'aucun lien de causalité n'existait entre le vaccin contre le R-O-R et l'apparition de formes d'autisme [13] [14].

Mais l'idée reçue la plus répandue est sûrement celle concernant les adjuvants, notamment la présence d'aluminium dans les vaccins. Elle serait à l'origine de maladies neuromusculaires telle que la myofasciite à macrophages.

Face notamment à la faible spécificité des marqueurs de cette maladie, des symptômes (et leur délai inconstant d'apparition) ainsi que la rareté des cas, il est à ce jour impossible de prouver une association causale entre le vaccin et la maladie. Par ailleurs, nous absorbons de l'aluminium chaque jour par des voies multiples, particulièrement l'alimentation, dont les taux sont nettement supérieurs à ceux présents dans les vaccins [15].

Enfin, l'hésitation vaccinale est fortement liée au manque de connaissances de la population générale (voire même de certains professionnels de santé) sur les impacts positifs de la vaccination sur notre santé et sur les risques réels des maladies ciblées par les 11 vaccins obligatoires [4].

L'efficacité prouvée de la vaccination obligatoire permet de constater un recul voire une disparition totale de certaines maladies en France comme notamment la Diphtérie, le Tétanos et plus largement au niveau mondial la Poliomyélite [11].

Face à l'ancrage de l'hésitation vaccinale, des solutions qui ont su faire leurs preuves sont à déployer voire à approfondir à l'avenir pour instaurer un climat de confiance.

En premier lieu, une communication à visée éducative sur les ratios bénéfiques/risques de la vaccination notamment par la prise en compte du consentement éclairé. Cette démarche permettrait à la fois de réduire les idées reçues souvent fausses et de modifier les comportements vers une plus large couverture vaccinale [5], [16].

Afin d'être acceptée et comprise, l'obligation vaccinale élargie à 11 vaccins doit donc être accompagnée d'une stratégie de communication efficace auprès des mères [17], [18] [19]. Au regard des études menées par l'Australie et les États-Unis d'Amérique, l'hésitation vaccinale pourrait être réduite par une éducation continue des parents durant la période prénatale à la période postnatale précoce. En effet, c'est le moment où la sensibilisation des parents et leur intention de vacciner leur enfant seraient les plus fortes. [20], [21], [22].

L'impact serait une augmentation de l'observance du calendrier vaccinal, notamment lors d'une première grossesse.

S'appuyer sur une communication solide et réactive avec les futurs parents s'avère être un levier primordial lorsque la vaccination est considérée comme un obstacle. De ce fait, l'intervention de professionnels de santé sous forme d'entretien motivationnel, en consultation prénatale ou lors de séances de préparation à la naissance, apparaît comme fondamentale. L'étude canadienne PromoVac publiée en 2019 vient corroborer le fait que cette technique à visée

éducative, menée pendant l'hospitalisation postpartum, pourrait améliorer la vaccination pendant la petite enfance [22].

Ainsi, sages-femmes et gynécologues, tout autant qu'ils soient parfaitement formés [23], auraient donc un rôle essentiel de conseil et de sensibilisation auprès des parents. En leur qualité de professionnels, ils devraient en toute transparence énoncer les risques dont les vaccins pourraient être à l'origine. Cela apaiserait les préoccupations des parents qui pensent que l'information leur est cachée [24], [25], [26].

En instaurant ce climat de confiance, ils deviendraient un véritable levier pour encourager les parents à la vaccination [5], [6], [17],[20].

Enfin, en Australie, la diffusion d'un kit de communication proposant affiches et livrets s'est avérée être un complément essentiel à toute campagne vaccinale destinée au grand public. Par exemple, une plaquette d'information présentant les avantages et les risques de la vaccination permettrait de réduire considérablement la perception négative des parents sur les vaccins [21]. Au constat des éléments présentés ci-dessus au niveau mondial, et face à la méconnaissance persistante de certains parents en France sur les enjeux de la vaccination, il paraît nécessaire sur notre territoire d'accentuer notre politique de communication en santé publique. Pour cela, nous devons développer de façon plus massive et généralisée les actions mises en œuvre au travers des études réalisées.

Notre étude se base donc sur l'hypothèse d'une déficience de l'information délivrée aux parents concernant l'intérêt de l'obligation vaccinale des enfants de moins de 2 ans.

Pour tenter de pallier à cette carence informative, nous avons choisi une technique de communication qui a fait ses preuves : la plaquette d'information. En Caroline du nord, une étude en évalue la cote de qualité EPHPP (Outil d'évaluation de la qualité du Projet sur les pratiques de santé publique efficaces). Celle-ci était qualifiée de forte, soit le niveau de cote maximal. [27]

La plaquette présente un apport non négligeable de sensibilisation et de nouvelles informations via son caractère didactique, succinct et éducatif.[28] L'intérêt est également d'avoir une trace écrite de la diffusion du message de prévention réalisé par le professionnel de santé afin que la patiente s'en souvienne et qu'elle le transmette à son tour. [29]

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude départementale épidémiologique, observationnelle, comparative, qualitative, évaluant l'efficacité et l'utilité d'une plaquette informative, visant à réduire l'hésitation face aux 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons depuis janvier 2018 .

Cette enquête a été conduite via une plaquette distribuée à la moitié des patientes en maternité sélectionnées par randomisation puis un questionnaire remis à l'intégralité de la population de l'étude, entre le 1^{er} novembre 2020 et le 15 janvier 2021. Cette étude s'inscrit dans un domaine de Santé Publique.

2.2 Hypothèses

- **hypothèse principale :** Une plaquette informative distribuée systématiquement aux patientes en maternité durant la période du post partum permettrait de donner une information massive concernant les 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons grâce à sa praticité et son contenu accessible.
- **hypothèse secondaire :**
La plaquette a un impact positif sur l'amélioration des connaissances des patientes
L'information délivrée par les professionnels n'est à ce jour pas assez massive.

2.3 Objectifs

- **Objectif principal :** Évaluer l'utilité et l'efficacité potentielles d'une plaquette informative distribuée systématiquement en maternité.
⇒ Question de recherche : une plaquette informative distribuée à toutes les patientes en maternité permettrait-elle d'informer clairement sur les 11 vaccins obligatoires ?
- **Objectifs secondaires :**
 - Déterminer l'effet du contenu de la plaquette sur les connaissances des patientes .
 - Évaluer, par les réponses obtenues des patientes, si la majorité des parents est informée par les professionnels de santé sur les 11 vaccins obligatoires.

2.4 Population

- **Échantillonnage**

L'étude se déroule au sein de quatre maternités publiques du département des Alpes-Maritimes : la maternité du CHU de Nice Archet 2 (niveau 3), la maternité du CH d'Antibes (niveau 2A), la maternité du CH de Cannes (niveau 2B) et la maternité du CH de Grasse (niveau 2B).

La proportion du nombre de questionnaires et plaquettes distribués par maternité était choisie au ratio du nombre d'accouchements annuels par maternité.

Les patientes remplissant les critères d'inclusion et ne présentant pas de critères d'exclusions pendant la durée de l'étude ont été sélectionnées.

Nous avons choisi de retenir uniquement l'avis des mères et non des deux parents, car l'étude se déroulant en période de la Covid-19, impliquant le respect strict des gestes barrières, les pères n'étaient pas toujours acceptés en maternité.

Les données épidémiologiques nécessaires à l'étude ont été recueillies via le questionnaire.

L'effectif lors du recrutement était de 200 patientes.

- **Critères d'inclusion**

Être une accouchée majeure parlant français

- **Critères de non inclusion**

- Être une patiente mineure
- Être une patiente ne parlant pas français
- Être une patiente accouchant dans le secret

- **Critère de jugement**

Taux d'efficacité et utilité de la plaquette évalués par les patientes : meilleur taux de réponses positives et avis des patientes ayant bénéficié de la plaquette.

2.5 Présentation de la plaquette (Annexe II)

La plaquette est en couleur, de format A4 plié en trois volets, elle contient donc six faces.

La 1ère face : le titre. La page de couverture présente le sujet sous forme d'une interrogation directement adressée à la patiente lectrice, pour plus de dynamisme : « Pourquoi 11 vaccins obligatoires chez le nourrisson ? »

Les 3 faces suivantes :

Elles sont le cœur de la plaquette et présentent successivement trois bonnes raisons de faire vacciner son enfant, les 11 vaccins devenus obligatoires et l'utilité d'un vaccin, puis quelques chiffres en particulier concernant la tuberculose, la coqueluche et la rougeole afin que la patiente puisse se rendre compte de l'impact que peuvent avoir les maladies ciblées par ces vaccins.

La 5ème face : « stop aux idées reçues » concernant les maladies qui pourraient être provoquées par le vaccin, l'aluminium, le nombre d'injections et l'efficacité des méthodes naturelles.

Enfin, la dernière face cite les lieux où faire vacciner son enfant ainsi que des sites internet pour obtenir plus d'informations : www.vaccination-info-service.fr, www.ameli.fr, www.santepubliquefrance.fr.

La plaquette a été validée par le Dr Babe, pédiatre, ainsi que Mme Blayac, cadre sage-femme. De plus, avant sa diffusion, la plaquette a été soumise à un panel de personnes provenant de différentes catégories socio-professionnelles afin de s'assurer de sa compréhensibilité par tous. Une fois distribuée, la plaquette appartient définitivement à la patiente afin qu'elle puisse la consulter à nouveau si besoin.

2.6 Présentation du questionnaire (Annexe III)

Le questionnaire s'adresse donc aux accouchées ayant reçu ou non la plaquette et son objectif est d'analyser l'impact de la plaquette auprès de ces patientes.

Le questionnaire est construit en 3 grandes parties:

La première vise à évaluer quelques connaissances et avis sur les 11 vaccins obligatoires et la vaccination en général, la seconde concerne l'évaluation de l'utilité de la plaquette ainsi que sa diffusion pour les patientes l'ayant reçue et lue, et la dernière renseigne sur des données sociodémographiques: tranche d'âge, ville de résidence, CSP.

Au total 18 questions sont posées, et la trame à suivre dans la deuxième partie est différente si la patiente a reçu ou non la plaquette. Si la patiente a lu la plaquette, elle devra répondre à 17 questions au total, si ce n'est pas le cas, elle devra répondre à 14 questions.

Hormis le lieu de résidence, toutes les questions sont fermées à choix de réponses multiples.

Les réponses ont été obtenues sur la base du déclaratif et non au reflet du carnet de santé des enfants, afin d'évaluer au mieux leurs propres connaissances.

2.7 Méthodes de recueil des informations

- **Distribution de la plaquette et du questionnaire**

Afin d'éviter au mieux le nombre de pertes, nous avons choisi de distribuer les plaquettes et questionnaires en main propre. De même pour le recueil des questionnaires. Pour les maternités du CHU de Nice, CH de Cannes et du CH d'Antibes, nous nous sommes personnellement occupés de la distribution et du recueil.

Pour la maternité du CH de Grasse, en raison des conditions sanitaires dues à la COVID-19, l'autorisation de délivrer plaquettes et questionnaires aux patientes dans le service n'a pas été obtenue, les sages-femmes du service étaient donc responsables de la distribution.

- **Protection des données**

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies ont été rendues anonymes avant tout traitement informatique. L'identité des patientes ne figurait pas sur les questionnaires papiers.

- **Saisie des données et analyses statistiques**

Les données ont été colligées sur un fichier Excel©.

La question ouverte a été analysée individuellement : il n'y a pas eu de recodage en mots-clés des réponses apportées à cette question. Les données qualitatives ont été analysées avec le test de Fisher et du Chi-2 avec l'aide des logiciels BiostatGV© et OpenEpi©. Les probabilités allouées à ces tests seront considérées significatives lorsque $p \leq 0,05$, calculées au risque d'erreur $\alpha = 5\%$, à l'intervalle de confiance de 95%.

- **Durée de l'étude**

La durée totale de l'étude devait se dérouler initialement sur 6 mois. En raisons de difficultés logistiques dues à la COVID19, les données ont finalement été recueillies sur une période de 2 mois.

3. RÉSULTATS

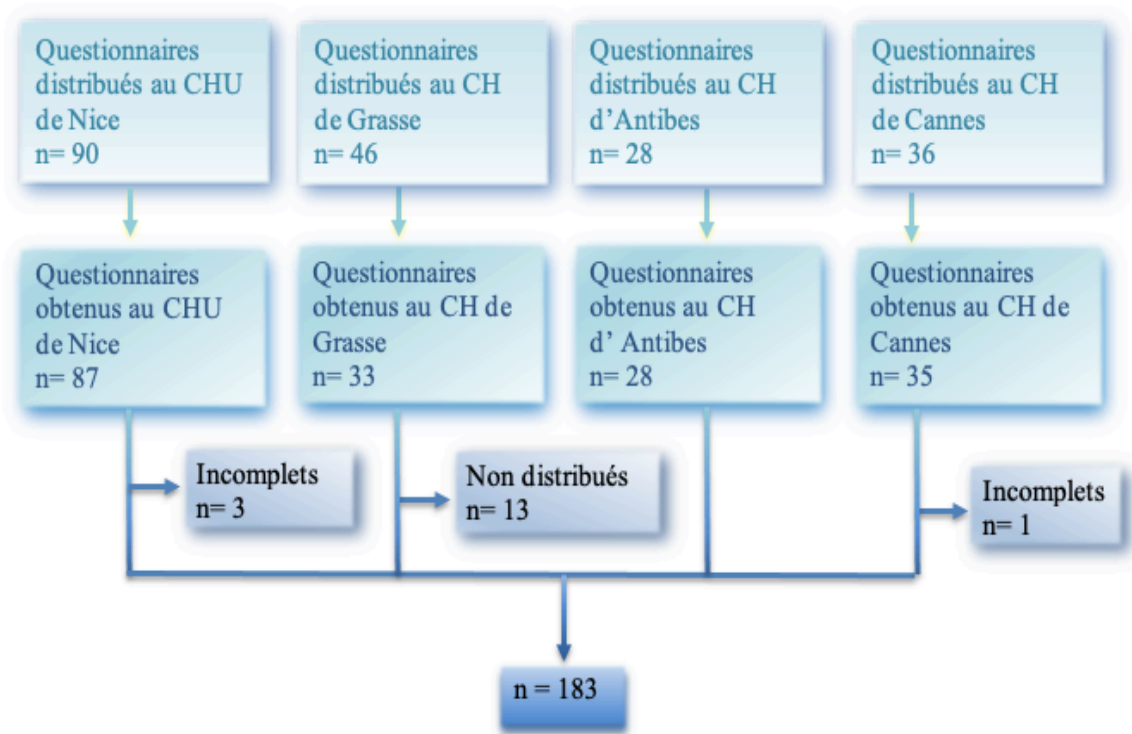


Figure 1 : Diagramme de flux de la population de l'étude

Notre recueil de données a été réalisé dans 4 hôpitaux avec au total 200 questionnaires et 100 plaquettes distribués. Nous avons pu obtenir 183 questionnaires complétés.

Parmi cette population, les documents ont été distribués en fonction du nombre d'accouchements dans chaque maternité.

Parmi cette population, 87 patientes avaient reçu la plaquette avec le questionnaire.

3.1 Caractéristiques générales de la population

Caractéristiques maternelles	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Catégorie socio-professionnelle	87	100	33	100	28	100	35	100	183
Cadre supérieur	6	6,9	3	9,1	2	7,1	2	5,7	13	7,1
Profession intermédiaire, cadre moyen	7	8,0	2	6,1	1	3,6	8	22,9	18	9,8
Employé, personnel de service	32	36,8	16	48,5	11	39,3	16	45,7	75	41,0
Profession libérale, chef d'entreprise	4	4,6	3	9,1	1	3,6	2	5,7	10	5,5
Étudiant	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	1	0,5
Sans emploi	20	23,0	3	9,1	7	25,0	4	11,4	34	18,6
Métier de la santé	7	8,0	0	0,0	2	7,1	2	5,7	11	6,0
Autre	9	10,3	2	6,1	3	10,7	1	2,9	15	8,2
sans réponse	2	2,3	4	12,1	0	0,0	0	0,0	6	3,3
Tranche d'âge	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
< 20 ans	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	2,9	2	1,1
20-25 ans	8	9,2	4	12,1	5	17,9	4	11,4	21	11,5
26-30 ans	19	21,8	10	30,3	8	28,6	14	40,0	51	27,9
31-36 ans	46	52,9	11	33,3	11	39,3	15	42,9	83	45,4
> 36 ans	12	13,8	4	12,1	4	14,3	1	2,9	21	11,5
sans réponse	1	1,1	4	12,1	0	0,0	0	0,0	5	2,7
Parité	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
primipare	31	35,6	23	69,7	20	71,4	17	48,6	91	49,7
multipare	56	64,4	10	30,3	8	28,6	18	51,4	92	50,3
sans réponse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
plaquette reçue	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
oui	44	50,6	15	45,5	12	42,9	16	45,7	87	47,5
non	42	48,3	16	48,5	16	57,1	19	54,3	93	50,8
sans réponse	1	1,1	2	6,1	0	0	0	0	3	1,6

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles par maternité

Concernant les caractéristiques maternelles, les résultats des questionnaires mettent en évidence que 73,3% des patientes ont entre 26 et 36 ans.

Deux CSP se détachent : 41% sont employées, 18,6% sont sans emploi. Pour leur part, les professionnels de santé sont peu représentés.

On constate une proportion égale de primipares et multipares.

Nous avons essayé d'obtenir un échantillon équivalent entre les patientes ayant reçu la plaquette et celles ne l'ayant pas reçue, afin d'établir une comparaison la plus équitable possible.

	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
prise de connaissance de la plaquette	44	100	15	100	12	100	16	100	87	100
oui	42	95,5	11	73,3	11	91,7	16	100	80	92,0
non	2	4,5	4	26,7	1	8,3	0	0,0	7	8,0
apports de la plaquette										
apport d'informations complémentaires	34	81,0	10	90,9	9	81,8	10	62,5	63	78,8
apport d'une vision plus concrète	20	47,6	3	27,3	3	27,3	8	50,0	34	42,5
fait changer d'avis de façon favorable	10	23,8	0	0,0	1	9,1	3	18,8	14	17,5
fait changer d'avis de façon défavorable	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
utilité de la plaquette	43	100	17	100	11	100	16	100	87	100
oui	41	95,3	14	82,4	11	100,0	16	100,0	82	94,3
non	1	2,3	1	5,9	0	0,0	0	0,0	2	2,3
sans réponse	1	2,3	2	11,8	0	0,0	0	0,0	3	3,4
diffusion de la plaquette en systématique	43	100	16	100	12	100	16	100	87	100
oui	41	95,3	13	81,3	11	91,7	15	93,8	80	92,0
non	1	2,3	2	12,5	0	0,0	1	6,3	4	4,6
sans réponse	1	2,3	1	6,3	1	8,3	0	0,0	3	3,4

*Tableau 2 : Apports et avis concernant la population ayant reçu la plaquette par maternité
(n=87)*

Nous pouvons constater que sur 47,5% des patientes ayant reçu la plaquette, 92% d'entre elles en avaient pris connaissance.

Sur cet échantillon, 78,8% considèrent que la plaquette a su leur apporter des informations complémentaires. Nous pouvons noter que les maternités de Grasse et Antibes se détachent avec un taux plus élevé atteignant respectivement 90,9% et 81,8%.

Après lecture de la plaquette, 42,5% ont une vision plus concrète et 17,5% ont modifié leur avis sur la vaccination de manière favorable.

94,3% des répondantes ont jugé la plaquette utile et 92% estiment intéressant de la distribuer de façon systématique en maternité.

En grande majorité (79,6%), les patientes n'ayant pas reçu de plaquette auraient souhaité en bénéficier (Annexe IV).

Pour chaque CSP, les groupes avec et sans plaquette sont plutôt équilibrés.

Pour les tranches d'âge, la répartition est quasiment identique (Annexe V).

3.2 Connaissance des vaccins

Connaissance de la vaccination en général	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nombre de vaccins avant 2018	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
3	25	28,7	5	15,2	9	32,1	3	8,6	42	23,0
5	14	16,1	10	30,3	7	25,0	9	25,7	40	21,9
8	30	34,5	15	45,5	7	25,0	18	51,4	70	38,3
11	14	16,1	2	6,1	4	14,3	5	14,3	25	12,0
sans réponse	4	4,6	1	3,0	1	3,6	0	0	6	3,3
nombre d'injections depuis 2018	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
1	6	6,9	3	9,1	2	7,1	1	2,9	12	6,6
3	2	2,3	0	0	0	0	0	0	2	1,1
5	19	21,8	10	30,3	4	14,3	14	40,0	47	25,7
10	50	57,5	12	36,4	15	53,6	16	45,7	93	50,8
11	0	0	2	6,1	1	3,6	1	2,9	4	2,2
15	7	8	3	9,1	6	21,4	2	5,7	18	9,8
20	1	1,1	2	6,1	0	0	1	2,9	4	2,2
sans réponse	2	2,3	1	3	0	0	0	0	3	1,6
répartition des injections	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
6 mois	2	2,3	2	6,1	3	10,7	0	0	7	3,8
1 an	12	13,8	8	24,2	6	21,4	12	34,3	38	20,8
2 ans	49	56,3	18	4,5	15	53,6	21	60,0	103	56,3
3 ans	20	23,0	4	12,1	4	14,3	2	5,7	30	16,4
autres	3	3,4	0	0	0	0	0	0	3	1,6
sans réponse	1	1,1	1	3,0	0	0	0	0	2	1,1
nombre de vaccins supérieur depuis 2018	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
oui	55	63,2	17	51,5	7	25,0	15	42,9	94	51,4
non	15	17,2	3	9,1	3	10,7	8	22,9	29	15,8
ne sait pas	17	19,5	12	36,4	18	64,3	12	34,3	59	32,2
sans réponse	0	0	1	3,0	0	0	0	0	1	0,5
utilité perçue de la vaccination	81	93,1	33	100,0	27	96,4	32	91,4	173	94,5
se protéger de certaines maladies	72	82,8	19	57,6	14	50,0	24	68,6	129	70,5
protéger les autres de certaines maladies	42	48,3	16	48,5	13	46,4	15	42,9	86	47,0
prévenir l'apparition d'une maladie d'origine infectieuse	63	72,4	25	75,8	14	50,0	19	54,3	121	66,1
bloquer la propagation d'une maladie	3	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,9	4	2,2
ne sait pas	0	0,0	2	6,1	0	0,0	0	0,0	2	1,1
pas d'utilité										
avis sur la vaccination en général	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
pour	76	87,4	23	69,7	23	82,1	32	91,4	154	84,2
contre	7	8,0	7	21,2	5	17,9	3	8,6	22	12,0
sans réponse	4	4,6	3	9,1	0	0,0	0	0,0	7	3,8

Tableau 3 : Connaissance de la vaccination par maternité

Nous observons que 12% des répondantes estiment que 11 vaccins étaient pratiqués de façon quasi systématique avant 2018 contre 23% pour 3 vaccins et 38,3% pour 8 vaccins.

Près d'une patiente sur deux (50,8%) a apporté une réponse correcte sur le nombre d'injections réalisées depuis 2018 (10 injections) et 56,3% sur la durée de répartition des injections (2 ans).

Il apparaît que 51,4% des femmes interrogées pensent que le nombre de vaccins effectués est supérieur suite à la loi du 1^{er} janvier 2018 et 32,2% ne savent pas se prononcer.

Les résultats permettent de faire ressortir trois grandes utilités perçues de la vaccination : se protéger de certaines maladies (94,5%), protéger les autres de certaines maladies (70,5%) et

bloquer la propagation d'une maladie (66,1%). 2 patientes sur les 183 interrogées ne trouvent aucune utilité à la vaccination.

Nous remarquons que 84,2% des femmes consultées portent un avis favorable au concept de vaccination en général.

Vaccins réalisés sur le(s) précédent(s) enfant(s)	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
nombre de multipares	56	100	10	100	8	100	18	100	92	100	
n= réponses cumulées	262	468	59	590	43	538	92	511	456	496	<0,001
ROR	46	82,1	10	100,0	7	87,5	17	94,4	80	87,0	
DTP	47	83,9	10	100,0	7	87,5	17	94,4	81	88,0	
Haemophilus influenzae B	32	57,1	6	60,0	5	62,5	8	44,4	51	55,4	
méningocoque C	32	57,1	8	80,0	5	62,5	9	50,0	54	58,7	
Hépatite B	35	62,5	8	80,0	5	62,5	16	88,9	64	69,6	
coqueluche	35	62,5	9	90,0	7	87,5	14	77,8	65	70,7	
pneumocoque	30	53,6	8	80,0	6	75,0	11	61,1	55	59,8	
sans réponse	5	8,9	0	0,0	1	12,5	0	0,0	6	6,5	

Tableau 4 : Vaccins effectués chez les précédents enfants selon les multipares par maternité

Sur les 7 propositions de vaccins potentiellement effectués sur leur(s) précédent(s) enfant(s), 5 sont essentiellement cités par les patientes.

Au regard des réponses apportées, le R-O-R (87%) et le D-T-P (88%) sont significativement plus élevés par rapport aux autres vaccins ($p < 0,001$). Le CH Grasse atteint pour sa part un taux de 100%.

Les vaccins contre l'Hib, le méningocoque et le pneumocoque avoisinent pour leur part les 60%. Le CH Cannes obtient le taux le plus faible de vaccination de l'Hib, à hauteur de 44%.

	Pour		Contre		Sans réponse		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Avis vaccination par catégorie socio professionnelle (n=183)	153	83,6	22	12,0	8	4,4	NS
cadre supérieur	13	100,0	0	0,0			0,15
profession intermédiaire, cadre moyen	17	94,4	1	5,6			NS
employé, personnel de service	63	84,0	12	16,0			NS
profession libérale, chef d'entreprise	8	80,0	2	20,0			NS
Etudiant	1	100,0	0	0,0			NS
sans emploi	30	88,2	3	8,8			NS
métier de la santé	10	90,9	1	9,1			NS
autre	11	73,3	3	20,0			NS
Avis vaccination par tranche d'âge (n=183)	153	83,6	22	12,0	8	4,4	NS
<20	2	100,0	0	0,0			NS
20-25	17	81,0	4	19,0			NS
26-30	40	78,4	9	17,6			0,14
31-36	75	90,4	7	8,4			0,13
>36	19	90,5	2	9,5			NS
Avis vaccination par parité (n=183)	154	84,2	22	12,0	7	3,8	NS
primipare	75	48,7	13	59,1			NS
multipare	79	51,3	9	40,9			NS

Tableau 5 : Avis sur la vaccination selon les caractéristiques maternelles

Tous les cadres supérieurs sont pour la vaccination (n=13), 88,2% des sans-emploi, ainsi que plus de neuf patientes sur dix exerçant un métier dans la santé.

Essentiellement 16% des employés interrogés sont réfractaires à la vaccination. Il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'être en accord ou en désaccord avec la vaccination selon la profession exercée, l'âge ou la parité. Entre 26 et 36 ans, les mères ont tendance à être plutôt pour la vaccination.

3.3 Connaissance de la loi

Connaissance de la loi	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
en accord avec la loi	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
oui	60	69,0	18	54,5	19	67,9	26	74,3	123	67,2
non	27	31,0	15	45,5	9	32,1	9	25,7	60	32,8
motif du désaccord										
l'entourage déconseille	2	7,4	0	0,0	2	22,2	1	11,1	5	8,3
la loi impose trop de vaccins	22	81,5	14	93,3	5	55,6	6	66,7	47	78,3
les vaccins sont dangereux	14	51,9	7	46,7	2	22,2	2	22,2	25	41,7
défavorable à la vaccination	3	11,1	6	40,0	2	22,2	0	0,0	11	18,3
la loi à des visées commerciales	9	33,3	9	60,0	4	44,4	5	55,6	27	45,0
le médecin généraliste n'incite pas à le faire	1	3,7	1	6,7	1	11,1	0	0,0	3	5,0
le caractère obligatoire dérange	3	11,1	2	13,3	1	11,1	2	22,2	8	13,3
Délivrance des informations	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100
pas d'information donnée	40	46,0	15	45,5	10	35,7	20	57,1	85	46,4
Délivrance des informations	47	54,0	18	54,5	18	64,3	15	42,9	98	53,6
par le pédiatre	23	48,9	5	27,8	4	22,2	6	40,0	38	38,8
par la sage femme	11	23,4	8	44,4	3	16,7	3	20,0	25	25,5
par le médecin généraliste	9	19,1	3	16,7	1	5,6	2	13,3	15	15,3
par les médias	14	29,8	7	38,9	3	16,7	7	46,7	31	31,6
par les connaissances	8	17,0	8	44,4	8	44,4	3	20,0	27	27,6

Tableau 6 : Avis sur la loi et délivrance des informations par maternité

Sur l'ensemble des patientes interrogées, plus des deux tiers (67,2%) sont en accord avec la loi. En revanche, pour la maternité de Grasse près d'une patiente sur deux est en désaccord (45,5%). Pour celles qui sont contre cette loi (32,8%), soit quasiment le tiers, les principaux motifs de désaccord sont : la loi impose trop de vaccins (78,3%), la loi a des visées commerciales (45%) et les vaccins sont considérés comme dangereux (41,7%).

Par ailleurs, 46,4% des patientes affirment ne pas avoir été informées sur cette nouvelle loi, dont 57,1% sur la maternité de Cannes.

Les résultats mettent en avant 3 sources principales d'information : le pédiatre (38,8%), les médias (31,6%), puis les connaissances (27,6%).

	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
avis loi vs vaccination en général	87	100	33	100	28	100	35	100	183	100	<0,001
favorable aux 2	60	69,0	18	54,5	19	67,9	26	74,3	123	67,2	
favorable à la vaccination mais défavorable à la loi	16	18,4	5	15,2	4	14,3	6	17,1	31	16,9	
défavorable aux 2	7	8,0	7	21,2	5	17,9	3	8,6	22	12,0	
sans réponse	4	4,6	3	9,1	0	0,0	0	0	7	3,8	

Tableau 7 : Comparaison entre l'avis sur la loi et la vaccination en général par maternité

Si 67,2% des patientes sont favorables à la vaccination en général et à la loi, nous constatons un écart important entre deux maternités : 74,3% à Cannes contre 54,5% à Grasse.

16,9 % sont favorables à la vaccination mais défavorables à la loi et 12% défavorables aux deux. La maternité de Grasse se détache avec le plus haut taux : 7 patientes sur les 33 interrogées sont contre la loi sur les 11 vaccins obligatoires et la vaccination en général.

Il existe une différence très significative entre l'avis sur la loi et celui sur la vaccination en général ($p < 0,001$).

	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	NS										
Défavorable à la loi vs nature de l'information	27	31,0	15	45,5	9	32,1	9	25,7	60	32,8	
pas d'information donnée	10	37,0	5	33,3	2	22,2	6	66,7	23	38,3	
par le pédiatre	7	25,9	2	13,3	1	11,1	1	11,1	11	18,3	
par la sage femme	2	7,4	4	26,7	2	22,2	1	11,1	9	15,0	
par le médecin généraliste	2	7,4	1	6,7	1	11,1	1	11,1	5	8,3	
par les médias	8	29,6	2	13,3	3	33,3	1	11,1	14	23,3	
par les connaissances	3	11,1	4	26,7	1	11,1	0	0,0	8	13,3	
Favorable à la loi vs nature de l'information	60	69,0	18	54,5	19	67,9	26	74,3	123	67,2	
pas d'information donnée	30	50,0	10	55,6	8	42,1	14	53,8	62	50,4	
par le pédiatre	16	26,7	3	16,7	3	15,8	5	19,2	27	22,0	
par la sage femme	9	15,0	4	22,2	1	5,3	2	7,7	16	13,0	
par le médecin généraliste	7	11,7	2	11,1	0	0,0	1	3,8	10	8,1	
par les médias	6	10,0	5	27,8	0	0,0	6	23,1	17	13,8	
par les connaissances	5	8,3	4	22,2	7	36,8	3	11,5	19	15,4	

Tableau 8 : Avis sur la loi selon la nature de l'information apportée par maternité

La source des informations, voire leur absence, n'est pas déterminante quant au fait d'être favorable ou non à la loi sur les 11 vaccins obligatoires sur les nourrissons, hormis à la maternité de Cannes où la majorité des patientes défavorables n'avaient pas été informées (66,7%).

	< 10		10		> 10		sans réponse		total		p-value								
	avec	sans	avec	sans	avec	sans	n	%	avec	sans									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%									
Archet	15	17,2	44	47,3	67	77,0	25	26,9	5	5,7	21	22,6	3	1,6	87	100,0	93	100,0	<0,001
Grasse	6	13,6	21	50,0	36	81,8	13	31,0	2	4,5	6	14,3	44	50,6	42	45,2	<0,001		
Antibes	5	33,3	6	37,5	8	53,3	4	25,0	2	13,3	5	31,3	15	17,2	16	17,2	NS		
Cannes	1	8,3	5	31,3	10	83,3	5	31,3	1	8,3	6	37,5	12	13,8	16	17,2	0,02		
	3	18,8	12	63,2	13	81,3	3	15,8	0	0,0	4	21,1	16	18,4	19	20,4	<0,001		

Tableau 9 : Nombre d'injections réalisées pour les 11 vaccins selon les patientes par maternité

La réponse correcte apportée sur le nombre d'injections réparties sur deux ans pour les 11 vaccins obligatoires (10) diffère significativement en fonction de la diffusion de la plaquette. 77% sur l'échantillon avec diffusion de la plaquette contre 26,9% pour l'échantillon sans.

Nous pouvons observer que la différence entre les groupes avec et sans plaquette est très significative de manière générale ($p < 0,001$) et dans les maternités de Nice, Cannes et Antibes.

	Pour		Contre		Sans réponse		p-value
	n	%	n	%	n	%	
Avis loi par catégorie socio professionnelle (n=183)	119	65,0	58	31,7	6	3,3	0,15
cadre supérieur	11	84,6	2	15,4			0,16
profession intermédiaire, cadre moyen	14	77,8	4	22,2			NS
employé, personnel de service	47	62,7	28	37,3			NS
profession libérale, chef d'entreprise	6	60,0	4	40,0			NS
Etudiant	1	100,0	0	0,0			NS
sans emploi	26	76,5	8	23,5			NS
métier de la santé	8	72,7	3	27,3			NS
autre	6	40,0	9	60,0			0,02
Avis loi par tranche d'âge (n=183)	120	65,6	58	31,7	5	2,7	NS
<20	2	100,0	0	0,0			
20-25	14	66,7	7	33,3			
26-30	31	60,8	20	39,2			
31-36	59	71,1	24	28,9			
>36	14	66,7	7	33,3			
Avis loi par parité (n=183)	123	67,2	60	32,8	0	0,0	0,07
primipare	67	54,5	24	40,0			
multipare	56	45,5	36	60,0			

Tableau 10 : Avis sur la loi selon les caractéristiques maternelles

La quasi-totalité des cadres supérieurs interrogés (n=11 sur 13) sont favorables à la loi (84,6%). Il apparaît ici que si 10 des 11 professionnels de santé sont pour la vaccination, environ le tiers d'entre eux se révèle défavorable à la loi sur les 11 vaccins obligatoires.

Nous constatons que les employés (37,3%) sont les plus en désaccord avec la loi sur les 11 vaccins obligatoires.

Les multipares ont tendance à être plus réfractaires à la nouvelle loi que les primipares.

3.4 Délivrance des informations

	pas d'information reçue		information reçue		p-value
	n	%	n	%	
	85	46,4	98	53,6	
Parité					0,04
primipare	52	61,2	39	39,8	
multipare	33	38,8	59	60,2	
sans réponse	0	0,0	0	0,0	
tranche d'âge					NS
< 20 ans	1	50,0	1	50,0	
20-25 ans	9	42,9	12	57,1	
26-30 ans	23	45,1	28	54,9	
31-36 ans	37	44,6	46	55,4	
> 36 ans	11	52,4	10	47,6	
sans réponse	4	80,0	1	20,0	
catégorie socio-professionnelle					0,06
Cadre supérieur	7	53,8	6	46,2	NS
Profession intermédiaire, cadre moyen	11	61,1	7	38,9	0,18
Employé, personnel de service	29	38,7	46	61,3	0,07
Profession libérale, chef d'entreprise	7	70,0	3	30,0	0,12
Étudiant	1	100,0	0	0,0	NS
Sans emploi	18	52,9	16	47,1	NS
Métier de la santé	1	9,1	10	90,9	0,01
Autre	7	46,7	8	53,3	NS
sans réponse	4	66,7	2	33,3	NS

Tableau 11 : Caractéristiques maternelles et délivrance des informations

Nous pouvons constater que 61,2% des primipares n'ont reçu aucune information concernant la loi sur les 11 vaccins obligatoires, contre 38,8% pour les multipares. Il existe donc un lien significatif entre le fait d'avoir déjà eu un enfant et d'être mieux informée ($p=0,04$). C'est à l'Archet que l'écart est le plus important : en effet, sur les 47 patientes informées, 36 sont des multipares.

Nous ne constatons pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge quant au fait d'être informée ou non.

Cependant, même si l'échantillon est faible, les professions intermédiaires et libérales semblent être les moins informées.

63,5% des patientes informées se regroupent en trois CSP : les employés, les sans-emploi et les cadres supérieurs.

Pour les 11 professionnels de santé interrogés, 10 étaient informés. ($p=0,01$).

4. DISCUSSION

4.1 Caractéristiques générales de la population interrogée

Nous pouvons interpréter que notre échantillon est assez représentatif de la population car la répartition de la diffusion de la plaquette a été similaire pour presque toutes les tranches d'âge, en particulier les 26-36 ans qui représentent la grande majorité de notre échantillon.

De même, nous avons obtenu une répartition égale de primipares et multipares.

Notre échantillon est composé par 15% des naissances du CHU de Nice, 11% du CH de Grasse, 14% du CH de Cannes et 17% du CH d'Antibes sur les deux mois d'étude. Cela représente en moyenne 15% des accouchements sur les centres hospitaliers des Alpes Maritimes.

Nos résultats mettent en avant qu'il est difficile d'établir un lien significatif entre l'avis sur la loi sur les 11 vaccins et/ou la vaccination et la C. Sur trois études françaises menées en 2016, seulement une menée à plus grande échelle démontre qu'il existe un lien significatif entre vaccination et les CSP [30], [31], [32]. L'enquête Baromètre santé 2016 de Santé publique France met en évidence un lien significatif entre l'hésitation vaccinale et le niveau d'étude. Les parents diplômés sont plus réfractaires à la vaccination de leurs enfants [33].

Il serait donc intéressant d'élargir l'échantillon de notre enquête afin de vérifier une éventuelle corrélation entre ces deux facteurs.

Toutefois, nous constatons que les employés et les professions libérales sont les CSP les plus en désaccord avec cette loi. Ces catégories étant également les plus réfractaires à la vaccination en général, le concept de vaccination poserait alors plus problème que la loi elle-même.

En revanche nous remarquons une tendance favorable à la vaccination sur la tranche d'âge la plus représentée : les 26-36 ans.

Lorsque nous portons notre attention sur les mères ayant déjà des enfants, nous pouvons observer qu'elles ont tendance à être contre la loi. Cela représente un taux de 60% (n= 36). Nous pouvons émettre l'hypothèse que la vaccination des précédents enfants n'a pas toujours été bien vécue. Nombre d'entre elles ont souligné lors de nos échanges qu'elles avaient difficilement supporté l'acte vaccinal en lui-même mais également le nombre trop important d'injections réalisées sur leur(s) bébé(s). Certaines ne comprenaient pas l'intérêt de faire subir

cela à un si jeune âge. Pourtant, vacciner les 0-2 ans est essentiel pour renforcer leur système immunitaire encore fragile et les protéger contre ces maladies graves voire mortelles.

4.2 Avis de la population interrogée concernant l'injection des 11 vaccins

Si parmi les patientes interrogées, 67,2% sont favorables à la loi et à la vaccination, nous constatons qu'encore 12% restent défavorables aux deux.

Nous avons choisi de nous intéresser aux 16,9% d'entre elles qui sont favorables à la vaccination et défavorables à la loi afin d'en comprendre leurs principaux motifs de réticence.

4.2.1 Trop de vaccins

Le nombre trop important de vaccins administrés apparaît comme le premier motif de désaccord envers la loi sur les 11 vaccins obligatoires (78,3%). Dans une étude comparative, un lien significatif entre la croyance que les enfants reçoivent trop de vaccins et une utilisation réduite de ceux-ci a été rapporté [34]. La quantité jugée trop élevée de vaccins s'explique également par la certitude qu'il existe une hiérarchie entre vaccins obligatoires et recommandés [35],[36]. Ainsi, la loi fait débat de par son caractère obligatoire et le nombre de vaccins imposés, pas toujours reconnus comme essentiels par la population.

4.2.2 Une visée commerciale

Le second motif de désaccord le plus fréquent concerne les visées commerciales de la loi (45%). La méfiance ancrée depuis longtemps envers les gouvernements et les laboratoires de recherches persiste encore. Si le système de santé français se classe parmi les meilleurs au monde, la population n'est pas pour autant rassurée sur l'industrie pharmaceutique. Nous pouvons nous appuyer sur plusieurs études qui ont démontré qu'une plus faible utilisation des vaccins était significativement liée à une moindre confiance dans les industries pharmaceutiques [34], [35], [37], [38]. Du côté des médecins généralistes interrogés en région PACA, 33,2% d'entre eux estiment que cela représente un frein majeur pour les patients [39]. Les nombreuses controverses de ces dernières années autour de certains vaccins (anti-hépatite B, anti grippe A/H1N1, anti-HPV, et plus récemment contre la COVID-19) ainsi que certains médicaments comme le Médiator® ont certainement terni l'image du monde de la Santé et pourraient expliquer nos résultats.

4.2.3 Dangerosité des vaccins

La troisième raison concerne la dangerosité des vaccins, idée reçue qui reste encore largement présente dans l'esprit des parents et des français en général (41,7%). Des études comparatives ont mis en lumière de façon significative qu'un des freins principaux à la vaccination est le risque de survenue de maladie grave ou d'effets secondaires importants [38]. Ce constat est partagé par 81,3% des médecins généralistes en région PACA selon l'étude de Caranta F. [39]. L'idée que le vaccin contre le R-O-R soit à l'origine de l'autisme perdure encore à ce jour [40]. Le vaccin contre l'hépatite B, qui a fait polémique dans les années 1990, est celui qui rencontre toujours le plus de désapprobation sur les 11 vaccins obligatoires [15]. Une étude menée dans le Gers affirme que 50% des patients interrogés avaient peur du lien entre la Sclérose en Plaques (SEP) et ce vaccin [30], [15].

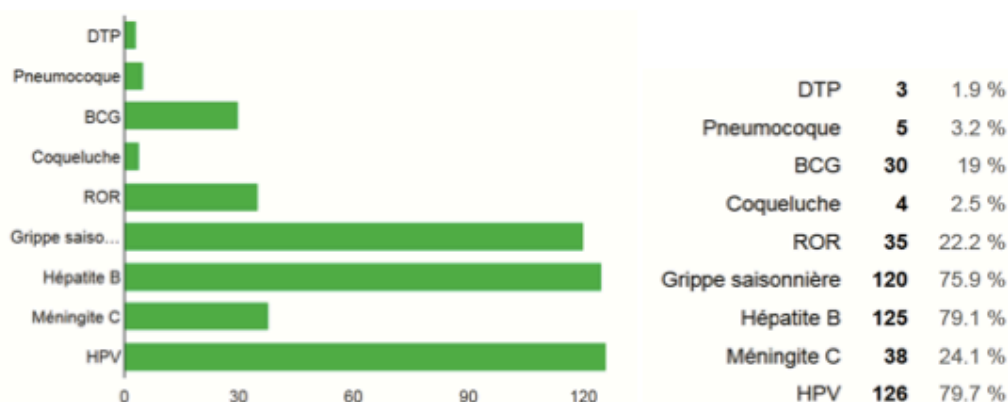


Figure 2 : Vaccins concernés par la réticence vaccinale en région PACA en 2015 selon les médecins généralistes [39]

Polémique également depuis quelques années autour de la composition des vaccins, notamment sur les adjuvants, et en particulier l'aluminium. Les craintes persistent à ce sujet, notamment pour le vaccin hexavalent, suite à la pétition du Pr Joyeux en 2015 [31].

Larson HJ et al. mettent en évidence en 2016 par leur étude *The State of Vaccine Confidence*, que sur les 65 819 personnes interrogées dans 67 pays différents, les français sont les plus réticents face à la vaccination (40%) [41] (Annexe VII). En effet, en 2017, le Pr Begue corrobore ces données et montre que 41% des français sont sceptiques sur la sécurité vaccinale [42].

Les résultats de notre étude réalisée quatre ans après sont donc un juste reflet de la population française et viennent conforter l'image de la vaccination auprès des français.

Les patients souhaitent alors se tourner vers des méthodes alternatives. Cela s'explique d'une part, par la croissance des mouvements anti-vaccins et d'autre part, par l'efficacité des vaccins. Victimes de leur succès, les maladies qu'ils évitent sont parfois perçues comme disparues et leur gravité plus faible.

Selon **Martinez-Diz et al**, les parents estiment que le développement naturel d'une maladie à prévention vaccinale est un avantage pour le système immunitaire. Ils considèrent que les maladies à prévention vaccinale sont moins dangereuses que les vaccins eux-mêmes, et qu'ils sont inutiles avec une bonne hygiène de vie [43]. Il est important de rappeler qu'une étude menée en 2020 affirme qu'à ce jour, il n'existe aucune alternative à la vaccination [44].

Nous évoquons l'idée que le manque de communication massive et adaptée n'a pas permis de modifier les croyances.

4.3 Mieux informer pour réduire l'hésitation vaccinale

4.3.1 État des lieux des connaissances

Il est important de souligner que les réponses obtenues étaient uniquement déclaratives et ne sont pas l'exact reflet des carnets de santé des enfants. Cela explique la discordance entre les chiffres de notre étude et les taux de vaccination-info-service.

Nous observons que seulement 12% des patientes jugent que 11 vaccins étaient faits de manière quasiment systématique avant 2018 et plus de la moitié d'entre elles pensent que depuis cette date plus de vaccins sont pratiqués. La grande majorité des répondantes a donc une vision erronée puisque avant cette loi, au moins 70 % des enfants connaissaient déjà ces 10 injections sur 2 ans et que 80 % d'entre eux recevaient plus de 8 injections.[1]

De plus, seulement six des 11 vaccins sont particulièrement connus selon nos résultats. En effet, moins de 60% des mères interrogées pensaient que leur(s) précédent(s) enfant(s) était(ent) vaccinés contre le pneumocoque et le méningocoque C. De plus, la plupart d'entre elles nous a confié n'avoir jamais entendu parler de l'Hib lors du remplissage du questionnaire.

4.3.2 Les effets de la vaccination encore trop méconnus ou incompris

Si la quasi-totalité des patientes sait qu'un vaccin sert à se protéger de certaines maladies, presque le tiers d'entre elles n'estime pas que cela sert à protéger les autres (29,5%). Pourtant, la notion de couverture vaccinale étendue est l'essence même de l'efficacité d'un vaccin. Il apparaît alors primordial de mieux informer la population sur l'intérêt de la vaccination. Insister sur l'importance de cette démarche comme un acte citoyen aurait pour objectif de diminuer l'hésitation vaccinale.

Longtemps la médecine française a été curative, la notion de prévention reste encore récente et peu intégrée dans les mentalités. Pour autant, la prévention est un enjeu majeur de Santé Publique, sur lequel il est essentiel de se pencher. Dans cette dynamique, la prévention primaire est un des principaux atouts à déployer.

4.3.3 Un manque d'information avéré

Nous avons pour projet de créer une plaquette informative pour pallier à un potentiel manque de connaissances, voire des connaissances erronées. Notre hypothèse s'est avérée juste, puisque parmi les 183 patientes interrogées sur les quatre maternités du département des Alpes-Maritimes, 46,4% d'entre elles révèlent n'avoir jamais été informées à propos de la loi sur les 11 vaccins obligatoires.

Schvartz M. montre dans sa thèse que plus d'un parent sur deux n'a jamais entendu parler du vaccin hexavalent [31].

Parallèlement, nous constatons par nos résultats que les patientes désirent être informées puisque 79,6% d'entre elles n'ayant pas reçu la plaquette informative auraient souhaité l'obtenir.

Cependant, nous observons dans notre étude qu'il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'être informé et l'avis sur la loi des 11 vaccins obligatoires. Nos résultats ne sont pas en corrélation avec les autres études menées sur le sujet, élargir notre échantillon pourrait sans doute permettre d'établir un lien significatif entre ces deux facteurs.

4.3.4 Les professionnels de santé, principaux vecteurs de l'information

Pour l'échantillon qui a été informé, la première source qui revient est le pédiatre (38,8%). En effet, le pédiatre joue un rôle crucial dans la prévention et l'information vaccinale. Il est donc logique que les multipares dont les enfants ont eu un suivi pédiatrique régulier se sentent informées. Cependant, les autres multipares déclarant n'avoir reçu aucune information

expliquent qu'elles ont « oublié » les renseignements qui auraient pu être délivrés oralement. D'autres, affirment que le manque d'explications ne les préoccupait pas car elles plaçaient une « totale confiance » en leur pédiatre. Bien que ce dernier point soit positif, le manque de transparence peut également faire l'objet de réticences.

La sage-femme ne représente que 25,5% des sources d'information. Elle fait pourtant partie des principaux acteurs du suivi de la grossesse et des suites de couches. Des perspectives d'amélioration sont donc à mettre en œuvre, car les périodes prénatale et postnatale précoce sont celles où les parents sont les plus sensibles à la vaccination et ont l'intention de vacciner la plus forte [21].

Le manque de formation et d'information des professionnels de santé associé aux croyances personnelles n'incite pas à promouvoir à grande échelle les bienfaits de la vaccination auprès des patients. De plus, nos données recueillies montrent que 27,3% d'entre eux sont en défaveur de la loi sur les 11 vaccins obligatoires. Un rapport de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) admet l'existence de la vaccino-hésitation parmi les professionnels de santé, mais également pour certains d'entre eux une opposition à la vaccination de manière générale [45].

De nombreux patients placent une grande confiance dans le corps médical. Or, si ces professionnels de santé sont réfractaires à la vaccination, ils pourraient, par leur influence, compromettre la confiance de leurs patients envers la vaccination ainsi que leur intention de se faire vacciner. [46].

4.3.5 Le poids des médias

Ainsi, par manque de confiance envers les professionnels de santé, ou plus fréquemment par manque d'informations délivrées, les patients se tournent vers d'autres sources d'informations plus faciles d'accès. Notre étude montre que les médias sont la deuxième source qui revient le plus fréquemment (31,6%), suivi de près par les connaissances personnelles (27,6%).

Pourtant, les sources médiatiques (télévision, internet...) ont généralement une influence négative concernant l'intention vaccinale. En effet, nos résultats révèlent que sur 31 patientes informées par les médias, 14 sont contre la loi, ce qui représente presque la moitié d'entre elles. Mais ce n'est pas un hasard si le mouvement anti-vaccinal se déploie à cause des médias. Dans

sa thèse, Fiquet-Peuch J. démontre significativement que lorsque l'on recherche « vaccin » ou « info vaccin » sur Google, les sites des ligues anti-vaccinales qui s'énoncent comme informatives apparaissent en premier et qu'aucun site public ne figure en première page. Pour que ces derniers émergent, il faut taper « calendrier vaccinal » mais cette recherche est beaucoup moins intuitive [47].

En 2016, l'étude *The impact of the web and social networks on vaccination* indique que chaque mois, en moyenne 48 000 contenus liés à la vaccination sont publiés sur internet, et 330 000 recherches sur la vaccination sont réalisées. Les suggestions proposées et l'ordre d'affichage des résultats influencent les patients désirant s'informer [48]. En France, Le site de vulgarisation scientifique « Doctissimo », comptabilisait en 2019 plus de 13 millions de visites mensuelles et s'affiche régulièrement en premier lorsqu'une recherche relevant du domaine de la santé est effectuée. Les articles qui s'y trouvent ne sont pas forcément écrits par des médecins, et les forums anti-vaccinaux qu'il contient sont très actifs.

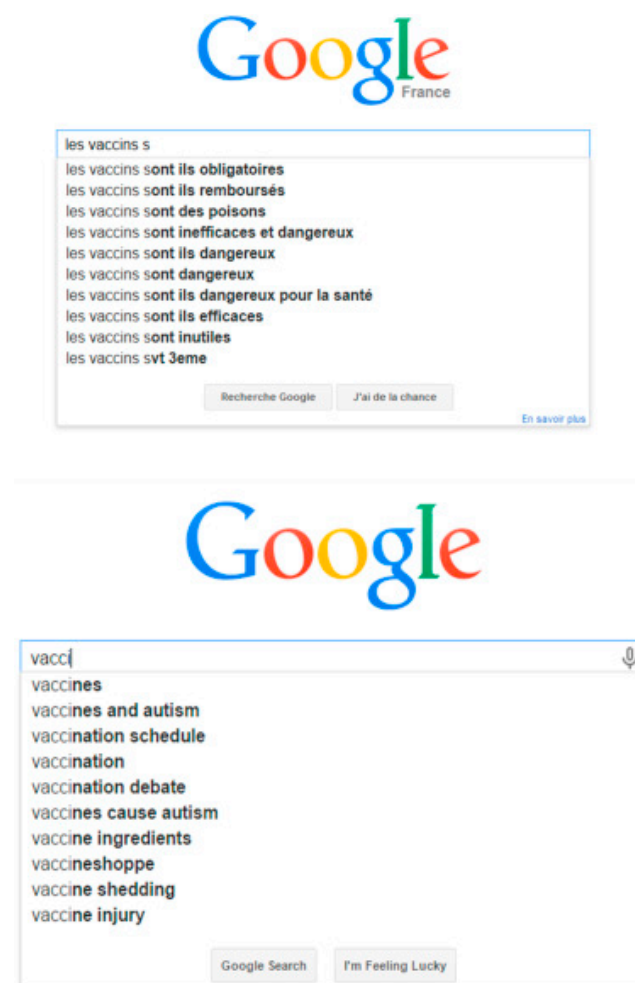


Figure 3 : Suggestions proposées par google.fr et Google.co.uk [46]

4.3.6 Choix d'une communication simple et adaptée : la plaquette d'information

La couverture vaccinale peut être augmentée si les connaissances des femmes enceintes en matière de vaccination sont améliorées. Une éducation vaccinale solide et transparente paraît donc être un pilier pour gagner la confiance des patientes et réduire les réticences [49].

Plusieurs études démontrent l'impact d'un support écrit sur les connaissances en matière de vaccination [21],[27],[31]. Nous avons donc souhaité évaluer si les informations apportées par notre plaquette avaient été correctement comprises par les patientes. Les résultats de notre étude viennent conforter notre hypothèse. Ce support a permis à 78,8% des patientes d'obtenir des informations complémentaires sur la vaccination et à 42,5% d'avoir une vision plus concrète de la vaccination et de la loi sur les 11 vaccins obligatoires.

Pour exemple, 77% d'entre elles ont répondu correctement concernant le nombre d'injections pour 11 vaccins, et 73,6% sur leur répartition ($p < 0,001$) (Annexe V).

L'enjeu de cette enquête était de démontrer l'importance de la communication sur la thématique de la vaccination obligatoire chez le nourrisson. Nous avons opté pour la création et la diffusion d'une plaquette informative. Au regard des résultats présentés, l'objectif semble atteint. En effet, ce support a été validé par 94,3% des patientes qui en ont bénéficié. 92,0% d'entre elles affirment même qu'il serait intéressant de la diffuser systématiquement en maternité.

4.4 Limites et forces de l'étude

4.4.1 Biais temporel et circonstanciel

Le contexte particulier lié aux restrictions sanitaires suite à la COVID-19 nous a obligé à réduire considérablement la période d'enquête et le nombre de questionnaires diffusés.

Prévue au départ sur 6 mois, cette étude a été réalisée sur deux mois. Il est probable que cette étude aurait été plus significative si elle avait été réalisée sur une plus longue période. En effet, nous aurions pu inclure un nombre plus élevé de patientes afin d'obtenir un échantillon plus grand et donc plus représentatif de la population générale. Cela nous aurait permis également de solliciter les professionnels de santé sur ce sujet. Par ailleurs, les résultats exprimés sous forme de pourcentage ne permettent pas toujours d'établir des liens de causalité.

4.4.2 Biais de population

L'étude a été réalisée au regard des patientes présentes dans les quatre maternités du département sur une durée déterminée, nous n'avons donc pas pu obtenir un échantillon réellement représentatif. De plus, nous n'avons pas inclus dans notre enquête les patientes ayant accouché en clinique privée du département qui auraient pu refléter une patientèle différente. La tendance aurait pu être modifiée notamment sur les caractéristiques générales, et plus particulièrement sur les CSP.

4.4.3 Biais de sélection

Les 4 questionnaires incomplets retirés de l'étude s'expliquent par le fait que les patientes n'avaient pas renseigné le verso de la feuille. D'autres questionnaires ont été complétés, mais pas dans leur intégralité pour deux raisons. La première était que dans certains cas aucune explication n'a été donnée à la diffusion, ces patientes n'ont donc coché aucune proposition de réponse car « elles n'étaient pas sûres », plutôt que de choisir la réponse la plus proche de leur estimation. La deuxième raison se porte sur une confusion concernant l'explication en caractères gras suivant la question 9) du questionnaire, ainsi les patientes qui avaient reçu la plaquette avaient compris qu'il n'était pas nécessaire de répondre aux questions 14) à 18). Nous aurions dû être plus précis sur les explications délivrées par écrit.

4.4.4 Biais de mesure

Compte tenu des modalités de diffusion du questionnaire au regard du contexte sanitaire, nous n'avons pas pu accompagner toutes les patientes de façon similaire. Les questionnaires distribués par nos soins ont pu être contextualisés. Cela a permis d'éclairer les patientes sur certaines interrogations, il est toutefois possible que nos interactions avec les patientes, aussi neutre qu'elles puissent être, aient pu influencer certaines réponses.

4.4.5 Biais de confusion

L'arrivée du vaccin contre la COVID-19 coïncide avec la diffusion des questionnaires et des plaquettes. Certaines patientes contre ce nouveau vaccin ont extrapolé leurs craintes sur les 11 vaccins obligatoires chez le nourrisson. Lorsque nous avons distribué nous-même les

questionnaires, nous avons pu aider les patientes à faire la distinction, cela n'a évidemment pas été possible pour ceux que nous n'avons pu donner en main propre.

4.4.6 Biais liés au questionnaire

À la fin de la diffusion, nous avons remarqué que nous aurions pu élaborer un questionnaire plus précis. Certaines propositions de réponses auraient pu être ajoutées, notamment pour la question 8). Une grande majorité de patientes nous a indiqué que l'une des raisons principales était la méconnaissance de cette loi. Parmi elles, peu ont donné cette raison dans la proposition libre « autre ».

La question 5) a posé des difficultés de compréhension auprès des femmes interrogées. Il n'était pas clair pour elles de déterminer si la question concernait le nombre d'injections ou de vaccins. Nous avons également observé que certains questionnaires sont revenus partiellement complétés. Trois raisons expliquent ce biais. La première liée au manque d'explications lors de la diffusion. La deuxième par confusion dans la complétude du questionnaire, suite aux consignes exposées après la question 9). Ainsi, quatre patientes ont été induites en erreur, omettant de répondre aux questions 14) à 18). Enfin, la troisième par le verso du questionnaire non renseigné.

4.4.7 Forces de l'étude

Le choix du recueil de données s'est porté sur les quatre maternités du département des Alpes-Maritimes. Nous avons retenu les patientes présentes dans le service des suites de couches qui représentaient un échantillon varié, tant au niveau des caractéristiques maternelles qu'au niveau du suivi effectué pendant la grossesse (gynécologue ou sage-femme, libéral ou hospitalier).

Les critères de non inclusion prédéfinis n'ont pas posé de difficultés particulières pour le recueil de données, cela représentait un avantage conséquent dans notre étude.

Nous avons obtenu une répartition homogène en terme de parité.

De plus, dans certains établissements, nous avons été autorisés à distribuer notre support. Sur notre échantillon, nous avons pu accompagner les patientes dans la compréhension du questionnaire, afin de limiter le nombre de non réponses ainsi que l'incompréhension de certains items.

L'anonymat du questionnaire était également un avantage dans notre étude limitant le biais de déclaration. Ce dernier a également été bien accepté car 183 patientes l'ont complété sur les 200 initialement prévues.

Enfin, le taux élevé de 91,5% de participation est l'une des principales forces de l'étude.

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer l'utilité et l'efficacité d'une plaquette informative. Cette dernière, distribuée systématiquement en maternité permettrait de palier à une méconnaissance concernant la loi sur les 11 vaccins obligatoires sur les nourrissons depuis le 1^{er} janvier 2018.

4.5 Perspectives d'amélioration

➤ Amélioration de la formation

Afin de promouvoir au mieux la vaccination chez les nourrissons, il serait intéressant d'améliorer la formation des professionnels de santé, notamment les sages-femmes et de les sensibiliser. En effet, les connaissances des sages-femmes autour des 11 vaccins obligatoires restent limitées. Étant au cœur du suivi de grossesse et de la périnatalité, des journées de formation pourraient être proposées pour répondre au mieux aux questions des futurs parents et leur donner des explications claires.

➤ Abord du sujet en systématique

Poser la question systématiquement aux parents en consultation (prénatale et pédiatrique) permettrait d'aborder le sujet dans un cadre neutre et professionnel et de délivrer des informations exactes et adaptées. Cela pourrait également permettre de répondre aux questions et inquiétudes potentielles de certains couples. Expliquer l'importance de ces vaccins et de la couverture vaccinale mais aussi parler des effets secondaires aideraient à rétablir la confiance des parents réticents à la vaccination.

➤ Distribution d'un support papier en consultation

Une plaquette informative pourrait être un support écrit pour les professionnels de santé afin de compléter et appuyer leurs explications auprès des parents. Cette plaquette distribuée aux couples pourrait également permettre de laisser une trace écrite des principales informations données afin qu'ils puissent s'y référer quand ils le désirent.

➤ Interroger les professionnels de santé

Intégrer dans l'étude des questionnaires et des entretiens auprès des professionnels de santé, principalement les pédiatres, sages-femmes et médecins généralistes, permettrait d'apporter un autre versant pour mieux comprendre les freins et réticences. De même, il serait intéressant de connaître l'avis de ces professionnels autour de cette loi du 1^{er} janvier 2018, puisqu'ils représentent une source d'information importante et inspirent confiance pour de nombreux patients.

➤ L'échantillon

Augmenter considérablement la taille de l'échantillon que nous avons choisi et mener l'étude à plus grande échelle pourrait permettre de réduire certains biais dus au faible nombre de patientes incluses. Cela donnerait une vision plus générale et ajustée de la population, en particulier pour déterminer si la CSP ou l'âge représentent des facteurs déterminants dans l'intention vaccinale.

4.6 Validation des hypothèses

Hypothèse principale : Une plaquette informative distribuée systématiquement aux patientes en maternité durant la période du post partum permettrait de donner une information massive concernant les 11 vaccins obligatoires pour les nourrissons grâce à sa praticité et son contenu accessible.

Hypothèse secondaire : La plaquette a un impact positif sur l'amélioration des connaissances des patientes

➤ **Hypothèses validées** : 78,8% des patientes qui ont bénéficié de la plaquette informative ont obtenu des informations complémentaires sur la loi concernant les 11 vaccins obligatoires et 42,5% en ont désormais une vision plus concrète. 77% d'entre elles ont répondu correctement concernant le nombre d'injections pour les 11 vaccins, et 73,6% sur leur répartition. 94,3% ont jugé la plaquette utile et 92,0% affirment qu'il serait intéressant de la diffuser systématiquement en maternité.

Hypothèse secondaire : L'information délivrée par les professionnels n'est à ce jour pas assez massive.

➤ **Hypothèse validée** : si les pédiatres ressortent comme la première source d'information avec 38,8%, les médias restent le second moyen d'information le plus répandu (31,6%).

Les sages-femmes pour leur part ne sont à l'origine que de 25,5% des informations délivrées et les médecins généralistes 15,3%. Les professionnels de santé ne représentent donc que 57,3% des sources d'information, et 46,4% des patientes interrogées n'avaient jamais reçu d'informations concernant la loi sur les 11 vaccins obligatoires.

L'enjeu de cette enquête était de démontrer l'importance de la communication sur la thématique de la vaccination obligatoire chez le nourrisson. Nous avons opté pour la création et la diffusion d'une plaquette informative. Au regard des résultats présentés, l'objectif semble atteint. En effet, ce support a été validé par 94,3% des patientes qui en ont bénéficié. 92,0% d'entre elles affirment même qu'il serait intéressant de la diffuser systématiquement en maternité.

CONCLUSION

Les 11 vaccins devenus obligatoires depuis le 1^{er} janvier 2018 sont un atout majeur en matière de Santé Publique et leur efficacité n'est plus à prouver depuis plusieurs décennies. Déjà pratiqués sur 70 à 80% des enfants avant cette nouvelle loi, ils font pourtant actuellement l'objet de nombreuses réticences.

Pour que le caractère obligatoire soit mieux accepté et compris, il était important de comprendre les craintes à l'origine de cette hésitation vaccinale. Les réponses obtenues par notre questionnaire montrent que trois freins majeurs se détachent. En premier lieu, le nombre jugé trop important d'injections, motif de désaccord pour 78,3% des mères réfractaires à la loi. Cette réponse est paradoxale puisque la très grande majorité des enfants nés avant 2018 avaient déjà obtenu ces 10 injections alors que seulement 3 vaccins étaient imposés. Dans 45% des cas, les patientes contre la loi estimaient que cette dernière était devenue obligatoire pour des visées commerciales. Ce sentiment reste ancré dans l'esprit des français depuis maintenant de nombreuses années, il apparaît donc fondamental de miser sur la transparence pour restaurer la confiance de la population. Enfin, la croyance autour de la dangerosité des vaccins (41,7%) persiste encore à ce jour malgré les nombreuses études qui ont su démontrer leur innocuité.

Nos résultats ont soulevé une deuxième problématique : le manque d'informations. En effet, 46,4% des patientes n'ont reçu aucune information concernant la loi sur les 11 vaccins obligatoires. À l'heure où les maladies à prévention vaccinale sont en recrudescence, il apparaît primordial d'informer au mieux et de façon massive les parents pour leur expliquer l'importance d'une couverture vaccinale étendue. Ces derniers, principalement par manque d'informations délivrées par les professionnels, se tournent vers internet et les médias. Ces sources d'information souvent erronées associées aux mouvements anti vaccins orientent les français vers une vision négative de la vaccination.

Afin d'améliorer la communication auprès des parents, nous avons créé une plaquette informative dont l'utilité a été validée par 94,3% des patientes interrogées. La grossesse et le post partum sont les périodes durant lesquelles les parents sont plus sensibles à la vaccination de leur enfant, il est important de renforcer la communication par les professionnels de santé et de rétablir un climat de confiance concernant la vaccination. Il s'avère donc pertinent de proposer une stratégie d'information et de sensibilisation à plus grande échelle dans les maternités. Cela pourrait être réalisé sous la forme d'une grande campagne d'information à visée nationale sur la vaccination des nourrissons.

Bibliographie

1. vaccination-info-service.
2. Code de la santé publique : *Chapitre Ier : Vaccinations. (Articles L3111-2* [Modifié par LOI n°2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 49 \(V\)](#)
3. Jason M. Glanz, Courtney R. Kraus, Matthew F. Daley. Addressing Parental Vaccine Concerns: Engagement, Balance, and Timing. PLoS Biol. 2015 Aug; 13(8): e1002227. Published online 2015 Aug 7. doi: 10.1371/journal.pbio.1002227. PMID: PMC4529234
4. Daniel A.Salmon, Matthew Z.Dudley, Jason M.Glanz, Saad B.Omer. Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *Vaccine*. Volume 33, Supplement 4, 27 November 2015, Pages D66-D71
5. Jessica Kaufman¹, Rebecca Ryan, Louisa Walsh, Dell Horey, Julie Leask, Priscilla Robinson, Sophie Hill. Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*. Australia 2018
6. Henri Partouche, Serge Gilberg, Vincent Renard, Olivier Saint-Lary. Mandatory vaccination of infants in France: Is that the way forward? *European Journal of General Practice*. Vol 25, 2019
7. Aida Bianco , Valentina Mascaro , Rossella Zucco , Maria Pavia. Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*. 2019
8. ANSM. Vaccination contre le virus de l'hépatite B : résumé des débats de la Commission nationale de pharmacovigilance du 30 septembre 2008.
9. HCSP. Avis relatif à la vaccination contre l'hépatite b. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2008
10. Gautier A, Verger P, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(Hors-série Vaccination). :28- 35
11. Santé publique France - Bulletin de santé publique – Édition nationale - Avril 2019
12. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson DM, Malik M, et al. ~~RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*. 28 févr 1998;351(9103):637- 41.~~
13. Taylor B, Miller E, Farrington Cp, Petropoulos M-C, Favot-Mayaud I, Li J, et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*. 12 juin 1999;353(9169):2026- 9.

14. Taylor B, Miller E, Lingam R, Andrews N, Simmons A, Stowe J. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ*. 16 févr 2002;324(7334):393- 6.
15. Marie Fady. Ressenti des femmes enceintes sur la vaccination obligatoire de leur futur enfant en 2018. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018. ffdumas-01950260f
16. Paula M. Frew and Chelsea S. Lutz Hum. Interventions to increase pediatric vaccine uptake: An overview of recent findings. *Vaccine Immunother*. 2017 Nov; 13(11): 2503–2511. Published online 2017 Sep 26. doi: 10.1080/21645515.2017.1367069. PMID: 28949819
17. R. Cohen, J. Gaudelus, B. Leboucher, J.-P. Stahl, F. Denis, D. Subtil, P. Pujol, H. Lepetit, L. Longfier, A. Martinot. Impact of mandatory vaccination extension on infant vaccine coverages: Promising preliminary results. *Médecine et Maladies Infectieuses*. Volume 49, Issue 1,2019,Pages 34-37
18. M.H. Danchin, J. Costa-Pinto, K. Attwell, H. Willaby, K. Wiley, M. Hoq, J. Leask, K.P. Perrett, Jacinta O'Keefe, M.L. Giles, H. Marshall. Vaccine decision-making begins in pregnancy: Correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood vaccine uptake. *Vaccine*, Volume 36, Issue 44,2018,Pages 6473-6479
19. Kate Alexandra Bisset, Pauline Paterson. Strategies for increasing uptake of vaccination in pregnancy in high-income countries: A systematic review. *Vaccine*, Volume 36, Issue 20,2018,Pages 2751-2759
20. Betsch C, Bödeker B, Schmid P, Wichmann O. How baby's first shot determines the development of maternal attitudes towards vaccination. *Vaccine*. 2018 May 17;36(21):3018-3026. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.04.023. PMID: 29691102.
21. Paul Corben & Julie Leask (2016) To close the childhood immunization gap, we need a richer understanding of parents' decision-making, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 12:12, 3168-3176, DOI: 10.1080/21645515.2016.1221553
22. Thomas Lemaitre, Nathalie Carrier, Anne Farrands, Virginie Gosselin, Geneviève Petit & Arnaud Gagneur (2019) Impact of a vaccination promotion intervention using motivational interview techniques on long-term vaccine coverage: the PromoVac strategy, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15:3, 732-739, DOI: 10.1080/21645515.2018.1549451
23. St Maurice A, Edwards KM, Hackell J. Addressing Vaccine Hesitancy in Clinical Practice. *Pediatr Ann*. 2018 Sep 1;47(9):e366-e370. doi: 10.3928/19382359-20180809-01. PMID: 30208196.
24. Saei Ghare Naz M, Kariman N, Ebadi A, OZgoli G, Ghasemi V, Rashidi Fakari F. Educational Interventions for Cervical Cancer Screening Behavior of Women: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Apr 25;19(4):875-884. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.4.875. PMID: 29693331; PMID: PMC6031778.

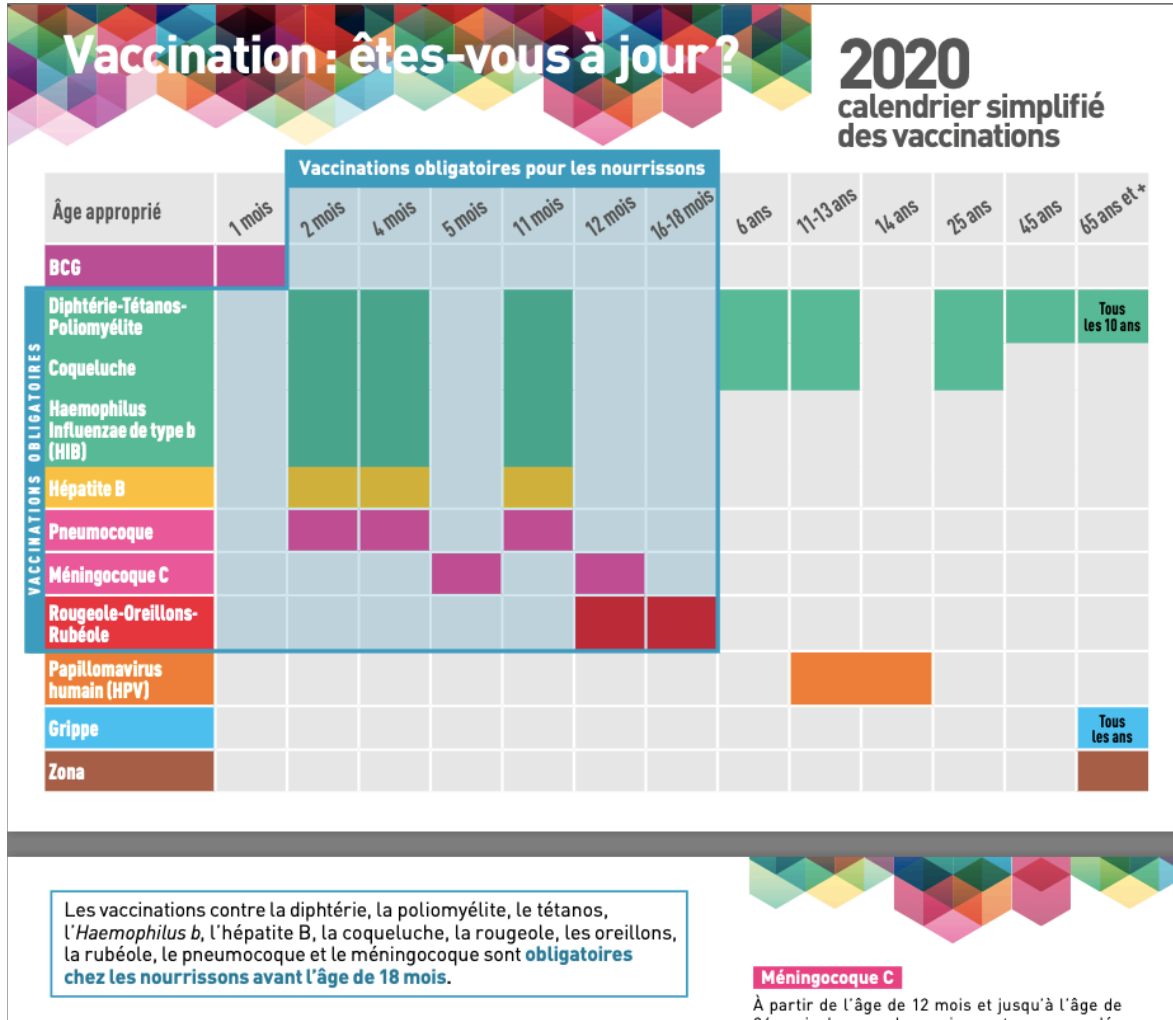
25. Lorton F, Chalumeau M, Assathiany R, Martinot A, Bucchia M, Roué JM, Bourgoin P, Chantreuil J, Boussicault G, Gaillot T, Saulnier JP, Caillon J, Levy C, Cohen R, Gras-Le Guen C, Launay E. Vaccine-preventable severe morbidity and mortality caused by meningococcus and pneumococcus: A population-based study in France. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018 Sep;32(5):442-447. doi: 10.1111/ppe.12500. Epub 2018 Aug 31. PMID: 30170336.
26. Witteman HO, Chipenda Dansokho S, Exe N, Dupuis A, Provencher T, ZikmundFisher BJ. Risk Communication, Values Clarification, and Vaccination Decisions. *Risk Anal*. 2015;35(10):1801-1819. doi:10.1111/risa.12418.
27. Katz ML, Tatum CM, Degraffinreid CR, Dickinson S, Paskett ED. Do cervical cancer screening rates increase in association with an intervention designed to increase mammography usage? *J Womens Health (Larchmt)*. 2007 Jan-Feb;16(1):24-35. doi: 10.1089/jwh.2006.0071. PMID: 17324094; PMCID: PMC4465268.
28. Julia Dillmann. Le médecin généraliste et le dépistage des maladies professionnelles chroniques d'origine professionnelle : analyse de l'impact d'une plaquette informative en Meurthe-et-Moselle. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2012. fhal-01733059f
29. Anne-Hélène Schoun. La prévention de l'infection du nouveau-né par la coqueluche : état des lieux dans les maternités publiques de Moselle. *Médecine humaine et pathologie*. 2011. [\(hal-01881976\)](#)
30. Costanzo, Christophe (2016) Vaccination contre l'hépatite B des enfants de 0 à 15 ans : Connaissances et facteurs décisionnels chez les parents : à propos d'une enquête dans le département du Gers. Thèse d'exercice en [Thèses > Médecine générale](#), Université Toulouse III - Paul Sabatier.
31. Maxime Schwartz. Impact d'une information écrite sur les craintes parentales concernant la vaccination par le vaccin hexavalent : essai contrôlé randomisé réalisé auprès des parents de la maternité de Mercy. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2016. fhal-01932384
32. S. Eve, A.-D. Pham, X. Blaizot, M. Turck, T. Raginel, Vaccination contre les papillomavirus humains : intentions vaccinales et connaissances de parents d'élèves bas-normands avant intervention au cours de l'année scolaire 2015–2016, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 65, Issue 4, 2017, Pages 255-263, ISSN 0398-7620
33. BocquierA, FressardL, CortaredonaS, *et al*. Social differentiation of vaccine hesitancy among French parents and the mediating role of trust and commitment to health: a nationwide cross-sectional study. *Vaccine* 2018 ; 36 : 7666–7673.
34. C. Sibade-Bensa, A.-C. Masson, J. Facione-Roger, B. Andréani, J.-M. Puyhardy, Facteurs parentaux influençant la réalisation du vaccin contre la rougeole. Étude descriptive sur Metz et son agglomération, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 27, Issue 5, 2014, Pages 221-227, ISSN 0987-7983

35. Guillaume Gaborit. Quelles sont les connaissances et les croyances sur les vaccinations dans la population consultant en médecine générale, à l'aube des onze vaccins obligatoires ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas-02052080f
36. Fischer A, Rambaud C, Fagot-Largeault A, Bensoussan JL, Brun N, Devictor B, et al. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport sur la vaccination. 2016 nov ; Paris, France
37. Katrina F. Brown, J. Simon Kroll, Michael J. Hudson, Mary Ramsay, John Green, Susannah J. Long, Charles A. Vincent, Graham Fraser, Nick Sevdalis, Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: A systematic review, Vaccine, Volume 28, Issue 26, 2010, Pages 4235-4248, ISSN 0264-410X
38. D.A. Salmon, L.H. Moulton, S.B. Omer, M.P. DeHart, S. Stokley, N.A. Halsey Factors associated with refusal of childhood vaccines among parents of school-aged children: a case-control study Arch Pediatr Adolesc Med, 159 (5) (2005), pp. 470-476
39. Caranta F. Réalisation d'un guide d'aide à la prescription vaccinale destiné aux médecins généralistes, après évaluation des freins à la vaccination et des attentes des médecins et des patients. 5 oct 2015;98.
40. Maud Vivès. Hésitation vaccinale : exemple de la controverse vaccin rougeole-oreillon-rubéole et autisme. Sciences pharmaceutiques. 2019. ffdumas-02171019f
41. Larson HJ, Figueiredo A de, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. 1 oct 2016;12:295- 301.
42. Begue P. Vaccination hesitation and vaccination challenges in 2017, International Journal of Medicine and Surgery, suppl. Special Issue; Casablanca Vol. 4, N° 1, (2017): 80.
43. Martínez-Diz S, Martínez Romero M, Fernández-Prada M, Cruz Piqueras M, Molina Ruano R, Fernández Sierra MA. [Demands and expectations of parents who refuse vaccinations and perspective of health professional on the refusal to vaccinate]. An Pediatr Barc Spain 2003. juin 2014;80(6):370- 8.
44. Bouchand, F., & Dinh, A. (2020). Existe-t-il des alternatives à la vaccination?. Revue des Maladies Respiratoires Actualités, 12, A58-A60.
45. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe – A qualitative study. Stockholm: ECDC; 2015.
46. Le Marechal M, Fressard L, Agrinier N, Verger P, Pulcini C. General practitioners' perceptions of vaccination controversies: a French nationwide cross-sectional study. Clin Microbiol Infect 2018;24:858e64.

47. Fiquet-Peuch, J. (2014). Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations particulières (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
48. Stahl J-P, Cohen R, Denis F, Gaudelus J, Martinot A, Lery T, et al. The impact of the web and social networks on vaccination. New challenges and opportunities offered to fight against vaccine hesitancy. 14 mai 2016 .
49. Hu Y, Chen Y, Wang Y, Song Q, Li Q. L'intervention d'éducation à la vaccination prénatale améliore à la fois les connaissances des mères et la couverture vaccinale des enfants: Preuve d'un essai contrôlé randomisé de l'est de la Chine. *Vaccins humains et immunothérapies*. 2017 juin; 13 (6): 1-8. DOI: 10.1080 / 21645515.2017.1285476.

ANNEXES

I. Le calendrier vaccinal



II. La plaquette informative

3 BONNES RAISONS DE FAIRE VACCINER MON ENFANT



① EVITER LA PROPAGATION

Lutter efficacement contre les maladies qui réapparaissent et le risque d'épidémie associé

On se fait vacciner pour éviter d'attraper une maladie grave, c'est la **prévention**. Mais se faire vacciner, c'est aussi éviter de transmettre la maladie et donc : **éviter une épidémie**.

② PROTÉGER SA SANTÉ

Les vaccins sont les moyens les plus efficaces de se protéger contre certaines infections graves.

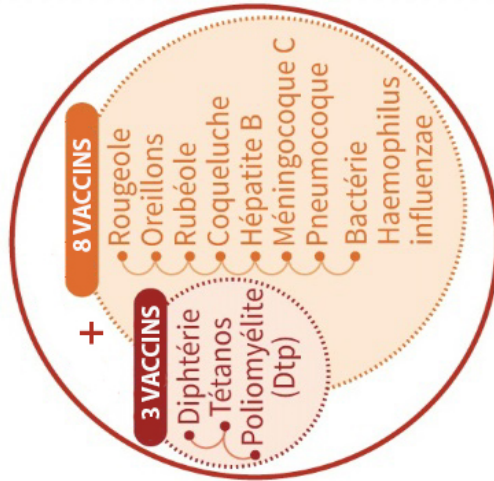
Un enfant, surtout un nourrisson, réagit mieux aux vaccins qu'un adulte : il fabrique mieux les anticorps (défenses) contre la maladie concernée.

③ PROTÉGER LES AUTRES

Choisir la vaccination dès le plus jeune âge permet d'augmenter la couverture vaccinale sur le territoire

Certaines personnes (nouveaux nés, personnes âgées, malades...) ne peuvent pas se faire vacciner, donc si la couverture vaccinale est assez grande, ils sont protégés. En se vaccinant adulte, nous protégeons nos enfants et réciproquement.

11 vaccins obligatoires au 1^{er} janvier 2018



Source : ministère de la Santé



A QUOI SERVENT LES VACCINS

Par exemple, grâce à la vaccination, la variole a disparu, la poliomyélite est devenue très rare.

D'autres maladies comme la rougeole existent toujours.

L'épidémie récente de rougeole entre 2008 et 2014 avec plus de 23 000 cas déclarés en France, plus de 30 encéphalites et 10 décès, était par exemple liée à l'insuffisance de la couverture vaccinale pour cette maladie.

QUELQUES CHIFFRES...



La vaccination représente l'un des plus grands succès de la santé publique : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2 à 3 millions de vies sont sauvées chaque année grâce à cet acte simple de prévention.

Plusieurs millions de personnes sont vaccinées chaque année en France. Se faire vacciner en respectant le calendrier des vaccinations est le moyen de prévention le plus efficace aujourd'hui pour lutter contre certaines maladies infectieuses graves, difficiles à traiter et/ou à risques de complications et de séquelles, comme le tétanos, les oreillons, la coqueluche, les méningites et septicémies à méningocoque et bien d'autres (source : vaccination-info-service)

➤ La coqueluche c'est 40 millions de cas et 300 000 décès d'enfants par an dans le monde. En moyenne, 1 personne atteinte en contamine 15. (source : Inserm)

➤ La rougeole a fait 140 000 morts dans le monde en 2018, principalement chez les enfants de moins de cinq ans. (source : unicef)

➤ L'Haemophilus influenzae B entraîne des séquelles comme la surdité, un handicap physique ou mental voire la mort. Avant le vaccin, 1 enfant sur 500 en était victime. (source : infovac.ch)



AUX IDÉES REÇUES*

Maladies à prévention vaccinale

Concernant les polémiques autour des vaccins, aucune maladie n'a été retenue dans les suites d'une vaccination selon de nombreuses études internationales.

Adjuvants

Les adjuvants (ex : sels d'aluminium) contenus dans la plupart des vaccins sont indispensables pour optimiser leur efficacité. Ils entraînent une meilleure qualité de la réponse vaccinale et réduisent le nombre d'injections de rappels. Leur quantité dans une vaccination ne dépasse pas celle incluse dans notre alimentation quotidienne. Ils sont utilisés depuis 90 ans et des centaines de millions de doses ont été injectées sans incident.

Nombre d'injections

Une injection contient plusieurs vaccins. Au total, pour les 11 vaccins obligatoires, cela signifie 10 piqûres sur 2 ans. Ce calendrier vaccinal était déjà respecté pour plus de 70% des enfants en France.

Méthodes naturelles

La vaccination est le seul moyen permettant d'éviter ou de mettre fin à des épidémies graves et mortelles. À ce jour, aucune autre méthode n'a prouvé son efficacité.

*(source : vaccination-info-service)

Où faire vacciner votre nourrisson ?

- chez votre pédiatre
- chez votre médecin traitant
- dans un centre de PMI

Et l'entourage : le cocooning

Cela signifie que tout le cocon familial mais également l'entourage qui s'occupe de l'enfant de façon rapprochée doit être vacciné ou à jour de ses vaccins en attendant que le nourrisson soit immunisé.



Pour en savoir +

www.vaccination-info-service.fr
www.ameli.fr
www.santepubliquefrance.fr

POURQUOI 11 VACCINS OBLIGATOIRES CHEZ LE NOURRISSON ?



POUR SE PROTÉGER & PROTÉGER LES AUTRES

III. Le questionnaire

Questionnaire sur la vaccination du nourrisson

Je suis Amélie Moynard, étudiante sage-femme en dernière année et je réalise mon mémoire sur les 11 vaccins obligatoires du nourrisson. Je vous remercie de consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire **anonyme**.

Date :

Hôpital :

- 1) Est-ce votre 1^{er} enfant ?
 Oui Non

Si non, votre ou vos enfants ont-ils été vaccinés contre :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR) | <input type="checkbox"/> Hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie - Tétanos -Poliomyélite (DT polio) | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae B | <input type="checkbox"/> Pneumocoque |
| <input type="checkbox"/> Méningocoque C | |

- 2) Avez-vous été informée à propos des 11 vaccins obligatoires pour le nourrisson ?
 Oui Non

Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

- Pédiatre Sage-femme Médecin généraliste Médias
Connaissances

- 3) Selon vous, combien d'injections représentent les 11 vaccins obligatoires ?
 1 5 10 15 20 autres :

- 4) Ces injections sont réparties sur :
 6 mois 1 an 2 ans 3 ans

- 5) Pensez-vous que le nombre de vaccins réalisés sur votre enfant aujourd'hui est plus important qu'en 2017 ?
 Oui Non Ne sais pas

- 6) Selon vous, combien de vaccins étaient pratiqués de façon quasiment systématique avant 2018 sur les nourrissons ?
 3 5 8 11

- 7) Selon vous, à quoi sert un vaccin ? (*plusieurs réponses possibles*)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A se protéger de certaines maladies | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> A protéger les autres de certaines maladies | <input type="checkbox"/> Pour vous le vaccin n'a aucune utilité |
| <input type="checkbox"/> A prévenir l'apparition d'une maladie d'origine infectieuse | |
| <input type="checkbox"/> A bloquer la propagation d'une maladie | |

- 8) Etes-vous en accord avec la loi du 01/01/2018 sur les 11 vaccins obligatoires?
 Oui Non

Si non, pourquoi ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Votre entourage vous le déconseille
 Elle impose trop de vaccins à votre/vos enfant.s.
 Les vaccins peuvent être dangereux pour la santé de votre/vos enfants
 Vous n'êtes pas favorable à la vaccination
 Vous pensez que cette loi a des visées commerciales
 Votre médecin ne vous incite pas à le faire
 Autre :
-
.

- 9) Avez-vous bénéficié de la plaquette informative sur les 11 vaccins obligatoires ?
 Oui Non

Si vous avez répondu non, merci de passer directement à la question n° 14
Si vous avez répondu oui, merci de répondre à toutes les questions ci-dessous (sauf 14)

- 10) En avez-vous pris connaissance ?
 Oui Non

11) Si oui, vous a-t-elle :

- Apporté des informations complémentaires sur la vaccination
 Apporté une vision plus concrète de la vaccination
 Fait changer d'avis sur la vaccination
 ↳ de façon favorable de façon défavorable

- 12) Avez-vous jugé cette plaquette utile ?
 Oui Non

- 13) Pensez-vous qu'il serait utile de la diffuser de façon générale en maternité ?
 Oui Non

Si vous avez répondu non à la question 9) merci de répondre aux questions ci-dessous

- 14) Auriez-vous souhaité avoir une plaquette d'information sur la vaccination ?
 Oui Non

- 15) Quel est votre avis aujourd'hui sur la vaccination ?
 Favorable Défavorable

16) Dans quelle ville habitez-vous ? _____

- 17) Quel âge avez-vous ?
 < 20 ans
 20-25 ans
 26-30 ans
 31-36 ans
 > 36 ans

18) Catégorie socio-professionnelle

- Cadre supérieur
- Profession intermédiaire, cadre moyen
- Employé, personnel de service
- Profession libérale, chef d'entreprise

- Étudiant
- Sans emploi
- Métier de la santé
- Autre

Merci de votre participation !

IV. Plaquette souhaitée pour les patientes n'en ayant pas eu

	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
plaquette souhaitée pour les patientes n'en ayant pas eu	42	100	16	100	16	100	19	100	93	100
oui	31	73,8	14	87,5	14	87,5	15	78,9	74	79,6
non	5	11,9	2	12,5	1	6,3	4	21,1	12	12,9
sans réponse	6	14,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	7	7,5

V. Répartition des plaquettes distribuées selon les catégories socio-professionnelles et les tranches d'âge

	oui		non		Sans réponse	
	n	%	n	%	n	%
plaquette reçue par catégorie socio professionnelle	84	45,9	93	50,8	6	3,3
cadre supérieur	9	69,2	4	30,8		
profession intermédiaire, cadre moyen	7	38,9	11	61,1		
employé, personnel de service	33	44,0	42	56,0		
profession libérale, chef d'entreprise	4	40,0	6	60,0		
Etudiant	1	100,0	0	0,0		
sans emploi	13	38,2	21	61,8		
métier de la santé	7	63,6	4	36,4		
autre	10	66,7	5	33,3		
plaquette reçue par tranche d'âge (n=183)	85	46,4	93	50,8	5	2,7
<20	1	50,0	1	50,0		
20-25	8	38,1	13	61,9		
26-30	25	49,0	26	51,0		
31-36	41	49,4	42	50,6		
>36	10	47,6	11	52,4		

VI. Répartition des injections réalisées pour les 11 vaccins selon les patientes par maternité

	<2		2		>2		sans réponse		total		p-value								
	avec		sans		avec		sans		avec			sans							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%						
Archet	13	14,9	31	34,1	64	73,6	39	42,9	10	11,5	21	23,1	5	2,7	87	100,0	91	100,0	<0,001
Grasse	3	6,8	11	26,8	33	75,0	16	39,0	8	18,2	14	34,1			44	50,6	41	45,1	0,002
Antibes	4	26,7	5	33,3	9	60,0	9	60,0	2	13,3	1	6,7			15	17,2	15	16,5	NS
Cannes	2	16,7	7	43,8	10	83,3	5	31,3	0	0,0	4	25,0			12	13,8	16	17,6	0,02
	4	25,0	8	42,1	12	75,0	9	47,4	0	0,0	2	10,5			16	18,4	19	20,9	NS

VII. Caractéristiques maternelles et délivrance des informations par maternité

	Archet		Grasse		Antibes		Cannes		Total		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pas d'informations reçues											
Parité	40	46,0	15	45,5	10	35,7	20	57,1	85	46,4	0,04
primipare	20	50,0	13	86,7	8	80	11	55	52	61,2	
multipare	20	50,0	2	13,3	2	20	9	45	33	38,8	
sans réponse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
tranche d'âge	40	46,0	15	45,5	10	35,7	20	57,1	85	46,4	NS
< 20 ans	1	2,5	0	0,0	0	0,00	0	0,0	1	50,0	
20-25 ans	3	7,5	1	6,7	3	30,00	2	10,0	9	42,9	
26-30 ans	8	20,0	3	20,0	3	30,00	9	45,0	23	45,1	
31-36 ans	21	52,5	5	33,3	2	20,00	9	45,0	37	44,6	
> 36 ans	6	15,0	3	20,0	2	20,00	0	0,0	11	52,4	
sans réponse	1	2,5	3	20,0	0	0,00	0	0,0	4	80,0	
catégorie socio-professionnelle	40	46,0	15	45,5	10	35,7	20	57,1	85	46,4	0,06
Cadre supérieur	4	66,7	1	33,3	1	50,0	1	50,0	7	53,8	NS
Profession intermédiaire, cadre moyen	5	71,4	2	100,0	0	0,0	4	50,0	11	61,1	0,18
Employé, personnel de service	12	37,5	4	25,0	4	36,4	9	56,3	29	38,7	0,07
Profession libérale, chef d'entreprise	2	50,0	3	100,0	0	0,0	2	100,0	7	70,0	0,12
Étudiant	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	NS
Sans emploi	11	55,0	1	33,3	3	42,9	3	75,0	18	52,9	NS
Métier de la santé	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	9,1	0,01
Autre	5	55,6	1	50,0	1	33,3	0	0,0	7	46,7	NS
sans réponse	1	50,0	3	75,0	0	0,0	0	0,0	4	66,7	
Informations reçues											
Parité	47	54,0	18	54,5	18	64,3	15	42,9	98	53,6	
primipare	11	23,4	10	55,6	12	66,7	6	40,0	39	39,8	
multipare	36	76,6	8	44,4	6	33,3	9	60,0	59	60,2	
sans réponse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
tranche d'âge	47	54,0	18	54,5	18	64,3	15	42,9	98	53,6	
< 20 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,7	1	50,0	
20-25 ans	5	10,6	3	16,7	2	11,1	2	13,3	12	57,1	
26-30 ans	11	23,4	7	38,9	5	27,8	5	33,3	28	54,9	
31-36 ans	25	53,2	6	33,3	9	50,0	6	40,0	46	55,4	
> 36 ans	6	12,8	1	5,6	2	11,1	1	6,7	10	47,6	
sans réponse	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	20,0	
catégorie socio-professionnelle	47	54,0	18	54,5	18	64,3	15	42,9	98	53,6	
Cadre supérieur	2	33,3	2	66,7	1	50,0	1	50,0	6	46,2	
Profession intermédiaire, cadre moyen	2	28,6	0	0,0	1	100,0	4	50,0	7	38,9	
Employé, personnel de service	20	62,5	12	75,0	7	63,6	7	43,8	46	61,3	
Profession libérale, chef d'entreprise	2	50,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	3	30,0	
Étudiant	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Sans emploi	9	45,0	2	66,7	4	57,1	1	25,0	16	47,1	
Métier de la santé	7	14,9	0	0,0	2	100,0	1	50,0	10	90,9	
Autre	4	44,4	1	50,0	2	66,7	1	100,0	8	53,3	
sans réponse	1	50,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	

Titre : Information sur les 11 vaccins obligatoires : impact d'une plaquette destinée aux accouchées

Résumé

Objectif : Évaluer l'utilité et l'efficacité potentielles d'une plaquette informative distribuée systématiquement en maternité.

Méthode : étude prospective qualitative, réalisée entre le 11 novembre 2020 et le 15 janvier 2021 dans les services de suites de couches du CHU de Nice, CH de Grasse, CH de Cannes et CH d'Antibes. 183 patientes incluses

Résultats : 32,8% des patientes sont réfractaires à la loi du 1^{er} janvier 2018 sur les 11 vaccins obligatoires. La quantité jugée trop élevée d'injections, la visée commerciale de la loi et la dangerosité des vaccins sont les freins majeurs énoncés à l'origine de ce désaccord. 46,4% des patientes n'avaient pas reçu d'informations concernant la loi sur les 11 vaccins devenus obligatoires depuis 2018. Pour celles qui ont été informées, le pédiatre reste la première source d'information, suivi par les médias et les connaissances personnelles. Pour autant, les réponses des patientes qui n'avaient pas bénéficié de notre plaquette informative étaient majoritairement erronées. Pour les patientes ayant reçu la plaquette, 78,8% considèrent qu'elle a su leur apporter des informations complémentaires, 42,5% ont une vision plus concrète et 17,5% ont modifié leur avis sur la vaccination de manière favorable. 94,3% des répondantes ont jugé la plaquette utile et 92,0% estiment intéressant de la distribuer de façon systématique en maternité. Pour l'échantillon sans plaquette, 79,6% des répondantes auraient souhaité en bénéficier.

Conclusion : Les 11 vaccins obligatoires sont encore mal perçus et l'enjeu de la couverture vaccinale mal compris. Les connaissances des patientes concernant la loi sur les 11 vaccins obligatoires restent insuffisantes. Les professionnels de santé et plus particulièrement les sages-femmes et pédiatres qui sont au cœur du parcours de natalité ont un rôle essentiel à jouer et doivent accroître la délivrance d'informations auprès des parents. Un support écrit, accessible et fiable, permettrait de diffuser des explications exactes à une plus large échelle.

Mots clés : vaccination - connaissances - freins - obligation vaccinale - femmes enceintes - plaquette informative

Title: Information on the 11 compulsory vaccines: impact of an informative brochure intended for mothers of newborns

Abstract

Objective : The purpose is to evaluate the usefulness and the potential efficiency of an informative brochure distributed systematically in the maternity department.

Method : The method used is a qualitative prospective study. It has been done between November 11 2020 and January 15 2021 in the post-partum care of the Hospital of Nice, Grasse, Cannes and Antibes. This study covers 183 patients.

Results : 32,8% of the patients are refractory to the law of January 1, 2018 on the 11 compulsory vaccines. The high quantity of injections, the commercial purpose of the law, the dangerousness level of the vaccines are the serious obstacles stated at the origin of this disagreement. 46,4% of patients had not received information about the law on the 11 compulsory vaccines since 2018. For those who have been informed, the pediatrician remains their first source of information, followed by the media then personal knowledges. Note that the answers of patients who had not received from the information brochure were mostly erroneous. For the patients who received the brochure, 78.8% consider that it was able to provide them additional information, 42.5% have a more concrete vision of the law and 17.5% have positively modified their opinion on the vaccination. 94.3% of the patients considered the brochure useful and 92.0% considered it interesting to distribute it systematically in the maternity. For the sample without a brochure, 79.6% of the respondents would have liked to benefit from it.

Conclusion: The 11 compulsory vaccines are still poorly understood and the meaning of a vaccination coverage is poorly understanding. Patient's knowledge of the law on the 11 compulsory vaccines remains insufficient. Health professionals and more particularly midwives and pediatricians who are at the heart of the birth process have an essential role to play and must increase the provision of information to parents. Written, accessible and reliable support would make it possible to disseminate accurate explanations on a larger scale.

Keywords: vaccine - knowledges- obstacles- pregnant women- informative brochure - compulsory vaccine