Gwenaëlle Grall[1], Josette Vallée[2], Elisabeth Botelho-Nevers[3], Rodolphe Charles[2]

[1]Université de Bordeaux, DMG, 33000 Bordeaux, France

[2]Université Jean-Monnet, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, COMUE de Lyon, DMG, pôle santé Nord, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

[3]CHU Saint-Étienne, hôpital Nord, Clinical Investigation Center-INSERM-CIC1408, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

Tirés à part : R. Charles

L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique

Première partie : l'enquête

Résumé

L'hésitation vaccinale est le concept désormais consacré par l'OMS pour caractériser l'influence des attentes et des craintes des populations sur leurs décisions vaccinales. Elle menace l'efficacité des programmes contemporains de vaccination. Dans ce contexte, les professionnels ambulatoires sont-ils affectés en pratique ? Quelles habiletés sociales doivent-ils développer ? Comment interagissent-ils avec les diverses craintes du moment ? Cet article tente d'éclairer le concept d'hésitation vaccinale par une revue de la littérature et une enquête réalisée en Gironde et dans la Loire en 2016 auprès de médecins de soins primaires avec ou sans exercice particulier (médecines à exercice particulier [MEP]). Des pistes d'amélioration des pratiques seront proposées dans le prochain numéro.

• **Mots clés**
vaccination ; programmes de vaccination ; médecine générale ; décision médicale partagée.

Abstract. Vaccine hesitancy: from concept to practice. Part 1: the survey

Vaccine hesitancy is the concept established henceforth by the WHO to define how the population's fears and expectations might sway their vaccine decisions. It threatens the effectiveness of the contemporary immunization programs. In this context, is the practice of ambulatory practitioners affected? Which social skills do they need to develop? How do they interact with the various fears of the time? This article aims to shed light on the concept of vaccine hesitancy through a literature review and a

Introduction du concept d'hésitation vaccinale

L'hésitation vaccinale (HV) menace l'efficacité des programmes de vaccination. En France, les objectifs de la loi de santé publique (2004) [1] visaient à atteindre ou maintenir en 2008 une couverture vaccinale de 95 % en population générale pour les vaccinations recommandées (le taux variait de 83 à 98 % selon les valences), et à permettre une couverture d'au moins 75 % pour la grippe saisonnière dans tous les groupes à risque (elle n'était assurée que pour 50 % des patients en affections longue durée [ALD], 21 % des professionnels de santé, 65 % des assurés de plus de 65 ans). Ces objectifs n'étaient pas atteints en 2015 [2].

Entre 2008 et 2016, l'insuffisance de cette couverture a donné lieu à trois vagues épidémiques de rougeole, dont 11 000 cas en 2011. Les déclarations obligatoires ont comptabilisé plus de 24 000 cas, dont 1 500 formes sévères (pneumopathies, encéphalites [34] ou décès [10]) [3]. La France demeure un des seuls pays d'Europe à avoir vu augmenter les méningites C entre 2010 et 2012 malgré l'utilisation du schéma vaccinal simple qui a pratiquement éradiqué la maladie chez nos voisins néerlandais [4, 5].

Le calendrier français recommande 20 valences vaccinales dont trois demeurent obligatoires : diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) [6]. Sa publication relance tous les ans plusieurs débats concernant notamment l'obligation vaccinale, le nombre de valences qui apparaît excessif à certains groupes de patients, le choix des dates de primo-vaccination, le danger supposé de certaines valences. Si une majorité de patients se laisse volontiers guider par les soignants qui appliquent les recommandations, l'opposition radicale s'avère être un phénomène marginal et pratiquement incontrôlable. Craintes et hésitations affectent le reste de la population, dans un *continuum* de postures allant de l'acceptation sans condition au refus [7, 8].

Depuis la fin des années 1990, plusieurs controverses ont émergé : affection démyélinisante et vaccin hépatite B (HB) en France, autisme et vaccin ROR (rougeole-oreillons-rubéole) au Royaume-Uni, discréditation de la gestion vaccinale française lors de l'épisode de la grippe A/H1N1, effets indésirables (EI) possibles liés à la vaccination contre l'*human papillomavirus* (HPV), affaires des adjuvants (squalène, sels d'aluminium) [9]. La médiatisation d'un concept tel que la surcharge immunogène (*immunogenic overload*) qui paraît inquiéter certains parents malgré la vigilance de l'OMS dès 2006 [10] ne s'avère en 2016 qu'une hypothèse profane sans niveau de preuve[1].

Au cours de ces derniers mois (2015) est apparue une pénurie de vaccins qui n'a fait qu'aggraver ou déclencher les méfiances des usagers autour d'une théorie du complot entre l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics pour favoriser les vaccins hexavalents. La mauvaise gestion, par des médecins ou des patients hésitants, des quantités disponibles de vaccins fabrique en boule de neige des pénuries puisque les flux de production ont

[1] Pas de mots clés sur le moteur PubMed, *cf.* aussi deux paragraphes du document Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport sur la vaccination. 2016. p. 9-10 [11].

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

survey undertaken in 2016 in the regions of Gironde and Loire on primary care physicians with or without complementary and alternative medicine. Possible measures to improve practices shall be suggested in the next issue.

• ***Key words***
vaccination; immunization programs; general practice; shared decision-making.

DOI: 10.1684/med.2017.209

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

En 2016, le comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination plaide transitoirement pour un élargissement de l'obligation vaccinale avec clause d'exemption [12] pour trouver une solution à la défiance particulièrement sévère en France [8].

Les vaccins sont, parmi les produits biologiques, les plus surveillés. D'abord, comme l'objectif consiste à réduire l'incidence de maladies évitables sévères, l'épidémiologie rend des comptes réguliers sur les bénéfices communautaires (Institut national de veille sanitaire [INVS], *Morbidity and Mortality Weekly Report* [MMWR]). Ensuite, il s'agit d'un dispositif médical et le suivi des EI graves peut être notifié auprès des services de pharmacovigilance. La mémoire collective des patients semble encore affectée par quelques complications historiques : variole, BCG, coqueluche. Un rapide survol des articles de la revue *Prescrire*, plutôt à l'avant-garde de la précaution à l'égard des médicaments, montre que finalement les craintes d'EI de la vaccination semblent plutôt socialement construites. Les adjuvants à bases de squalène ne comporteraient pas de risque évident (persiste un petit doute pour l'adjuvant AS03) [17], la myofasciite à macrophages est une polémique franco-française [9, 12], les hypothèses de risques d'autisme avec le vaccin ROR proviennent d'une publication frauduleuse anglo-saxonne [18]. Ces dernières années à l'échelle du cabinet médical s'observent quelques fièvres et indurations post-vaccinales, et à l'échelle épidémiologique des polyradiculonévrites (environ $1/10^5$ post-vaccin HPV, $1/10^6$ post-vaccin grippal, $0{,}6/10^6$ post-vaccin méningococcique) [12, 19] et des invaginations intestinales aiguës ($6/10^5$ post-vaccination rotavirus) [20], en n'oubliant toutefois pas que le risque de ces complications est généralement supérieur avec l'infection elle-même [21].

Le calendrier, la rythmicité des rappels et le choix des dates de primo-vaccination sont élaborés par le comité technique des vaccinations sur des arguments médico-économiques. Certainement éloignés de précautions écologiques légitimes qu'attendent les usagers contemporains, les choix sont guidés par la recherche du meilleur compromis entre le déclenchement d'une réponse immune efficace et l'âge de l'incidence du risque évitable. La vaccination vise des objectifs individuels et communautaires. Parfois ces deux tendances s'affrontent : vaccination antigrippale des enfants ou des soignants pour diminuer le réservoir viral et protéger les séniors, vaccination des nourrissons contre l'HB au sein du programme précoce pour anticiper la couverture nécessaire à l'adolescence.

La disparition des campagnes de vaccination scolaire avec la crise de l'HB en 1994, le faible rôle des dispensaires de PMI en dehors du suivi précoce d'une partie des nourrissons essentiellement urbains, la place restreinte des centres de vaccination hospitaliers œuvrant autour de la vaccination des voyageurs, la rareté des centres de vaccination municipaux, conduisent les médecins généralistes (MG) à prendre une place prépondérante dans cette mission mixte de protection des individus et de la collectivité. L'étude de Gust *et al*. [22], qui a mis en évidence l'influence du MG dans les prises de décision concernant la vaccination, impose de se pencher sur les perceptions et les postures des professionnels face à l'HV.

Les médecins généralistes face aux craintes vaccinales

Penser le corps médical comme un bloc uni et fermement défenseur des grands principes des campagnes communautaires relève d'une simplification évidente. Les professionnels sont affectés par ces mouvements d'hésitation et se répartissent sans doute dans les mêmes postures depuis la crispation au nom de la santé publique, sur l'application rigoureuse, militante, quasi répressive des recommandations jusqu'à l'activisme anti-vaccinal rare et associé à des pratiques médicales non académiques (procès d'un pédiatre en 2016, pour la production d'un faux certificat [23]). Deux études françaises [24, 25], publiées en 2012 et 2015, mettent en évidence que près d'un MG sur quatre émettrait des doutes à l'égard des

risques et de l'utilité de certains vaccins, principalement le vaccin contre la grippe H1N1. Ces études proposent une sorte de baromètre de la confiance selon leurs perceptions des risques et de l'utilité des vaccins : les médecins « confiants » (76 %), « modérément confiants » (16 %) et « peu confiants » (8 %). Ces travaux affirment ainsi un *continuum* d'HV chez les médecins comme chez leurs patients. L'association entre doutes vaccinaux et prise de distance par rapport aux recommandations risque d'affecter la couverture vaccinale nationale.

L'étude de Verger *et al.* [26], publiée en juin 2015, précise les déterminants de l'HV qui seraient corrélés avec la confiance envers les autorités, la perception du risque et de l'utilité des vaccins et le confort ou l'habilité des MG à expliquer ces risques. Des études sur la vaccination des MG et de leur famille explorent cette hésitation et les discordances entre leur discours sur leur pratique et leur vaccination personnelle ainsi que celle de leurs proches. Au regard des recommandations en cours à l'époque (2012) la couverture des MG par le DTP ne dépassait pas 88 % et celle de la coqueluche 77 %. Les professionnels gardaient relativement confiance dans le vaccin anti-HB (77 % des enfants vaccinés), mais ils ne proposaient plus systématiquement le vaccin à leur patientèle non vaccinée (30 %). Les divergences augmentent d'autant que les vaccins sont controversés ou récents [27, 28]. Elles signent les difficultés des MG à adapter leurs discours aux questionnements des usagers du système de soins. Plusieurs études associent HV avec la pratique des médecines à exercice particulier (MEP) [29].

Étude en soins primaires ambulatoires

Pour illustrer notre propos, nous présentons les résultats d'une enquête qualitative sur les MG et l'HV en Gironde et dans la Loire. Elle apportera des précisions sur l'interaction entre hésitations des soignants et des patients, concernant la décision vaccinale. Un focus sera proposé autour des médecins à exercice particulier.

Échantillon

Treize MG girondins ont été interrogés (*tableau 1*). La durée moyenne des entretiens s'élevait à 1 h 30. L'enquêtrice (G.G.) a dénombré 20 refus et deux rendez-vous annulés. Le manque de temps constitua le principal motif, mais un MEP refusa de s'entretenir avec une enquêtrice qui n'écrirait pas un article anti-vaccinal. Afin de diversifier les profils, nous avons rencontré des MG hommes et femmes, d'âges variés et ayant des types d'exercice différents : trois avaient un exercice exclusif de MEP (homéopathes, acupuncteurs), sept incluaient ces médecines à leur pratique quotidienne. Les résultats ont été discutés, validés et complétés par six MG ligériens.

• **Tableau 1.** Description de la population.

Population (n = 13)	Effectifs
Âge[a]	
< 40 ans	3
> 60 ans	6
Sexe	
Femmes	3
Hommes	10
Type de pratique	
Non MEP	6
MEP[b]	7
MEP exclusifs	3
Type d'exercice	
Urbain	8
Rural	5
Isolé	6
Groupe	7

MEP : médecin à exercice particulier.
[a] Âge moyen : 54 ans.
[b] Ayant effectué une formation de MEP.

Méthode *(encadrés 1 et 2)*

Les craintes vaccinales

Deux types d'inquiétudes se télescopent : celles des patients et celles des MG. Nous les aborderons à travers l'écoute du praticien.

Les craintes de première espèce rassemblent les EI « simples » : la fièvre ou une réaction cutanée. La réassurance et l'information de ces patients leur semblent faciles, bien qu'il s'agisse de parents attentifs, donc réceptifs à tous les dangers potentiels pour la santé de leurs nouveau-nés. Les craintes de deuxième espèce concernent les maladies qui pourraient se déclencher secondairement comme la sclérose en plaques (vaccin HB) ou le syndrome Guillain-Barré (vaccin HPV) du fait de la stimulation du système immunitaire. Les études scientifiques réfutent ou relativisent ces liens, mais ils ont été très médiatisés et les MG ont peine à argumenter contre ces croyances qui les « contaminent » parfois. « *J'essaie de vacciner en mon âme et conscience et en ne faisant pas n'importe quoi.* » (Dr B., 51 ans).

Notre enquête confirme la discordance entre des convictions internes en faveur de la vaccination et un certain degré de lâcher-prise dans la pratique autour des vaccins concernés par une polémique. Un praticien exprime son abandon passif sur la question de l'HB et du HPV et des postures presque autoritaires autour de refus concernant le DTP (menace de signalement, mots dans le carnet de santé). Les craintes des MG se mêlent à la peur de la réaction des patients face à l'apparition d'un EI rare. L'analyse du discours est confuse et teintée de contradictions : peur de nuire, d'être accusé (judiciarisation).

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

Encadré 1

Méthode

– étude qualitative sur l'HV des MG ;

– par entretiens semi-dirigés, avec grille *(encadré 2)* ;

– méthode : théorie ancrée ;

– paradigme : positiviste ;

– population : MG de Gironde, avec recherche de variation maximale : selon le genre, la durée d'exercice, en visant à interroger 50 % de MEP ;

– enquêtrice : interne au DMG de Bordeaux, en master 2 *sciences sociales et santé*[3] à Saint Étienne (GG) ;

– triangulation : discussion des résultats par des MG du département de médecine générale de la faculté de médecine de Saint-Étienne et des infectiologues participant régulièrement à des recherches en soins primaires ambulatoires (RC, JV, EBN).

« *Des médecins se positionnent aussi sur certains vaccins de peur d'être attaqués un jour. Quand j'utilise un vaccin qui est tout à fait légal, si le patient présente une réaction, je reste le prescripteur… je reste celui qui a injecté, juridiquement en première ligne.* » (Dr D., 56 ans).

Ces MG recherchent une réassurance par leurs pairs (groupe d'analyse de pratiques) ou par les données de la science (revues médicales, recommandations, sites de référence). Si les plus tranquilles s'abritent derrière le tableau des recommandations, d'autres s'interrogent sur les rumeurs : pourraient-elles être à l'avant-garde de nouveaux scandales sanitaires ? Beaucoup de MG stigmatisent les conflits d'intérêts des instances sanitaires (crises de la mauvaise gestion de la grippe A H1N1, affaire du MEDIATOR® et du VIOXX®). « *On a vu pour le vaccin contre l'hépatite B que le gouvernement a attendu la sortie du vaccin français pour donner l'AMM au vaccin américain. Donc on voit bien qu'il y a des enjeux plus importants que les enjeux scientifiques !* » (Dr C., 59 ans).

Encadré 2

Grille d'entretien

Thèmes abordés :

– parcours et exercice du professionnel ;

– maladies à prévention vaccinale, vaccination et pratique vaccinale ;

– connaissances et mises à jour sur le thème de la vaccination ;

– craintes personnelles et craintes de la patientèle.

Qui doit porter la responsabilité de la décision vaccinale dans une telle ambiance d'incertitude ? Doit-elle être prise par le MG, en contradiction avec l'abandon actuel de la relation paternaliste ? Peut-elle être prise par le patient ou le parent pour son enfant ? Plus le curseur s'éloigne de l'acceptation, plus la responsabilité vaccinale est reportée sur les épaules des patients : le principe de responsabilisation et d'autonomisation du patient protégerait juridiquement le MG. Cette posture rassurante pour le praticien en ce qui concerne les EI ne le convainc qu'en déniant le risque infectieux en cas de refus. Comment croire à l'autonomie et à la liberté thérapeutique du patient alors que le médecin n'arrive même pas, muni de son bagage universitaire, à se forger une opinion ? « *Moi aussi je suis touchée par les doutes que la société peut éprouver.* » (Dr L., 35 ans). Quelle forme le contrat de prévention doit-il prendre ? Avec l'élargissement de l'obligation vaccinale, comment vont se négocier les clauses d'exemption[2] [12] ?

Des savoir-faire issus de la pratique : de l'hésitation à la maladresse

L'analyse des postures adoptées par les MG confirme qu'ils se sentent régulièrement dépassés par l'ampleur du phénomène. Le « lâcher-prise » qui permet de conserver le lien avec un patient opposant est mal vécu et leur donne l'impression d'un échec dans la mission de santé publique et de responsabilité sociale. « *Je leur dis : "vous êtes libre, vous faites ce que vous voulez ! Moi, je ne vous forcerai pas. Je vous donne mon point de vue, je pense que c'est bien d'être vacciné".* » (Dr C., 30 ans). Cette posture s'apparente à une sorte d'intervention brève en vaccinologie : furtif rappel de la recommandation, information sur les bénéfices et les risques, vérification que le patient n'est toujours pas prêt. Elle s'inspire de l'entretien motivationnel expérimenté en addictologie. Mais si les usagers brandissent parfois une étude sur les bienfaits d'un petit verre, la vision profane du tabac et de l'alcool reste incontestablement ancrée du côté du facteur de risque sanitaire. En vaccinologie, toute promotion attire le questionnement autour d'un débat en cours : à l'heure où nous finissons la rédaction de cet article, la sortie du livre du Pr Gherardi [30] médiatisé au journal télévisé d'une grande chaîne s'accompagne dès le lendemain d'une question au cabinet médical : « *Docteur, les vaccins contre le pneumocoque contiennent-ils de l'aluminium ?* ». Comment répondre rapidement et correctement [6, 31, 32] ? Tout d'abord, le MG ne connaît pas la composition exacte de chaque vaccin et le débat se situe ailleurs. Enfin, le praticien se trouve aussi au sein d'une consultation où d'autres négociations sont nécessaires : arrêt du tabac, immunodépression, autres médicaments à risque ou sur lesquels une éducation thérapeutique s'impose.

[2] L'enquête a eu lieu avant les conclusions du rapport et les médecins n'ont pas débattu de ce sujet au cours des entretiens.

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

À l'opposé du lâcher-prise se situe une autre posture qui affronte l'HV par la rigidification du discours : stigmatisation de la position anti-vaccinale, invocation de la maltraitance, signalement à la cellule de recueil des informations préoccupantes, utilisation de la peur (des épidémies, du cancer). Cette utilisation de la radicalité est un retournement sthénique de la position dépressive du lâcher-prise. « *Les médecins doutent ! Mais est-ce qu'on doit laisser des petits garçons et des petites filles avoir des polios, des diphtéries parce que quelqu'un doute ? Ce n'est pas mon opinion.* » (Dr D., 68 ans). Ce discours reste rare et il est d'ailleurs probablement moins utilisé qu'il n'a pu être raconté à l'enquêtrice : il révèle à notre avis plutôt l'inquiétude des MG à la veille de la levée de l'obligation vaccinale. « *Vous voyez si on dit aux gens, qu'il faut rouler à 50 km/h en ville, mais que s'ils ne respectent pas, ce n'est pas très grave, combien rouleraient à 50 km/h ? Je pense que pour la vaccination, c'est le même comportement. Je pense que cette obligation-là, c'est une bonne chose et il faut la garder.* » (Dr P., 61 ans). À ce discours virulent autour des patients, s'ajoute parfois un complément sur le manque d'engagement de certains de leurs confrères : « *Les médecins anti-vaccinations ? Je pense que ça existe. Je ne suis pas très fanatique de la recertification, mais il y a des fois où on se dit que ça pourrait être utile !* » (Dr P., 61 ans).

Force est d'admettre que les études épidémiologiques démontrent l'inefficacité d'une promotion vaccinale centrée sur la peur et la contrainte. Pour Jean-Louis Vildé [33], il est nécessaire de se détacher des arguments chronologiques et historiques autour du débat de l'obligation vaccinale française et d'accentuer les arguments autour de « considérations médico-économiques » : critères de gravité, de contagiosité, de risque épidémique lié aux échanges internationaux, contexte épidémique... En médecine quotidienne, les praticiens s'exposent à rompre le contact avec la patientèle, leurs signalements ne sont pas suivis par les services sociaux, les patients réagissent à la stigmatisation par une aggravation de leur opposition [34].

Les MG peuvent être séduits par l'autorisation d'une marge de manœuvre ou d'une prise de liberté sur le calendrier (vaccins HPV, HB, méningocoque C seront particulièrement cités). Davantage qu'une véritable négociation, il s'agirait d'une sorte de marchandage, d'un contrat un peu simplificateur où en échange de l'abandon de valences « moins utiles », le patient s'engagerait à accepter sans discuter une immunisation par les valences « nobles ». « *Pour des vaccins obligatoires... et s'il y a un refus, je le note systématiquement. Mais si c'est un refus que de l'hépatite B et du ROR là, je ne le note pas.* » (Dr L., 35 ans). Cette posture reste acrobatique. Issue d'un compromis entre les deux premières, elle donne la sensation au MG de garder un pied dans sa mission de santé publique et de servir la cause épidémiologique, mais aussi de permettre au malade d'exprimer un certain degré d'autonomie.

Il semble très difficile pour les MG, à l'inverse des MEP *(encadré 3)*, d'engager un véritable débat sur la vaccination. Ils s'emmêlent dans des contradictions affirmant à la fois le bien-fondé du calendrier vaccinal et un certain degré de méfiances sur les liens d'intérêt entre tutelles et industrie. Ils se désespèrent des pénuries, et des entorses quotidiennes qu'elles induisent sur l'agenda vaccinal, ils peinent à donner une explication et en viennent à accepter les thèses conspirationnistes profanes. La perte de confiance autour de la gestion de la grippe H1N1, les scandales sanitaires et la surmédicalisation (Mediator® et statines sont cités) alimentent l'adage qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Cependant, le discours reste assez pauvre, comme si la légitimité de la vaccination s'affirmait comme une évidence, que les risques leur paraissaient lointains et hypothétiques, même pour la sclérose en plaques souvent citée avec une sorte d'exaspération... Aucun ne parle spontanément d'adjuvant, ne cite la surcharge immunitaire... Peu semblent capables de décrire avec précision l'histoire des controverses et d'en préciser la résolution, ou l'état actuel des connaissances.

La revue *Prescrire* tient une place particulière. En position de leader contre les lobbyings, les MG la citent régulièrement pour souligner les conflits d'intérêts des tutelles avec les industriels. L'engagement de la revue n'est pas inconditionnel derrière l'ensemble des vaccins. Les articles les plus à charge critiquent l'efficience de certains programmes et servent d'argument à la démonstration des MG. La prudence de la revue dans les articles qui accompagnèrent les débuts de certaines polémiques aboutira à des conclusions raisonnées quelques années plus tard. La revue, qui n'a pas l'habitude de taire son indignation autour de recommandations douteuses a, sur l'aluminium, pris la patience de développer longuement l'argumentaire du Haut Conseil de santé publique (HCSP) aidant, en théorie, les MG à comprendre l'origine de la polémique et les raisons de ne pas pérenniser les craintes. Sur les polyradiculonévrites, elle a livré les chiffres des études internationales et commencé à affirmer l'opportunité de la recommandation sur les vaccins HPV. Cette argumentation autour de la revue, nous confirme l'expectative des médecins sur les rumeurs, scrutant toutes les informations pour comprendre si les médiatiques opposants à la vaccination ou aux adjuvants sont des imposteurs ou de véritables lanceurs d'alerte [12, 17, 19, 35, 36].

Les praticiens ont pu exprimer une moindre légitimité des valences destinées à la prévention de maladies dont la gravité paraissait faible, caricaturalement vaccin rotavirus *versus* poliomyélite. Les nouvelles vaccinations comme celle contre le zona qui permettraient une baisse de l'incidence, une diminution des séquelles (douleurs post-zostériennes) deviennent suspectes. La multiplication des vaccinations proposées ne serait-elle pas en faveur d'un éparpillement au détriment des vaccinations les plus importantes ? Se situe-t-elle à la frontière avec la surmédicalisation ? Une réflexion s'impose aux MG autour de leur mission de prévention quaternaire, suggérée par Jamoulle [25, 26], mais les enjeux médico-économiques (rapport coût et efficacité, éthique) devront leur être clairement vulgarisés par les collèges académiques et les pouvoirs publics. Les recommandations autour des valences à venir, sur les affections nosocomiales (staphylocoque doré, *Clostridium difficile*, par exemple...), visant des

[3] Rebaptisé depuis 2016-2017 *Les enjeux des politiques de santé*.

Encadré 3

Les MEP et leur patientèle

Il se dégage une grande différence de discours entre MG et MEP quant à la réflexion qu'ils portent sur les vaccinations. Les MEP élaborent véritablement une réflexion vaccinale. Ils expriment plus volontiers un refus ou une forte HV et l'argumentent. Cependant, les pratiques des MEP s'avèrent polymorphes. Certains suivent et soutiennent les recommandations « à la lettre » et ont même pu défendre des arguments autoritaires en faveur du DTP. D'autres, à tendance exclusive, exposent plus de réticences. Ils développent le concept de « surcharge immunogène » : phénomène immunologique délétère secondaire à une vaccination, et plus dangereux que le vaccin lui-même. Pour y remédier, ils proposent alors un report du début du calendrier vaccinal voire l'abandon de certaines valences. Leur patientèle est décrite également comme très hésitante ou dans le refus. Les décisions vaccinales sont considérées en prenant du recul par rapport aux recommandations. Cette distance est solidement argumentée (controverse par controverse, en listant tous les arguments qui plaident pour un danger). Cette réflexion, non retrouvée chez les MG, constituerait quasiment l'identité disciplinaire des MEP : « elles ne peuvent être ni comprises ni expliquées aux profanes, il s'agit d'un savoir transmissible seulement en étudiant l'ensemble de la matière ». La remise en question de l'obligation vaccinale est fréquente, les nourrissons sont considérés comme trop jeunes et vulnérables pour recevoir les produits vaccinaux, le conseil de différer est mis en avant pour affirmer le soutien à la politique de vaccination, mais avec un contrôle des modalités adaptées, individualisées (au plus proche du « terrain ») et enfin négociées. Parfois, la décision vaccinale ne semble pas pouvoir être supportée par ces médecins qui préfèrent renvoyer leurs patients vers leur MG traitant pour leur réalisation. D'autres vont proposer des « antidotes homéopathiques » pour pallier les effets délétères de la vaccination, dont la « surcharge immune ». Dans ce contexte d'hésitation, notre étude relève l'absence de simplification réductrice où les MEP seraient farouchement hostiles à la vaccination. Un accordage entre les craintes des patients et le discours des praticiens peut conduire à des blocages autour de certaines valences, mais peut finalement, après négociation, conduire à des rattrapages.

indications ciblées, devront être clairement explicitées pour atteindre leur public.

Conclusion

Ce qui est connu :
– les MG restent souvent confrontés à l'HV de leurs patients ;
– obligation vaccinale, radicalité du discours, signalement administratif ou judiciaire ne font que renforcer doutes, inquiétudes et résistance des usagers ;
– l'HV a un impact sur la santé publique.

Ce que cette étude apporte :
– connaître l'existence et comprendre les racines de l'HV constitue le meilleur moyen de lutte ;
– les MG n'échappent pas à ce mouvement d'hésitation, ils restent globalement engagés dans le programme vaccinal en faisant preuve d'inventivité au prix de quelques maladresses.

Ce qui reste à démontrer :
– Quelles habiletés relationnelles sont les plus efficientes pour promouvoir une excellente couverture vaccinale communautaire ?

~**Remerciements** à Jean Noël Bally, Hervé Bonnefond, Agnès Charlas, Cécile Martinez, Hélène Krzepisz, Nadine Kerveillant, Zoé Pontida.

~**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. NOR : SANX0300055L. Version consolidée au 11 décembre 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078 (consulté le 11/12/2016).
2. DRESS. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015. [en ligne]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf (consulté le 11/12/2016).
3. INVS. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 20 juin 2016. [en ligne]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-20-juin-2016 (consulté le 11/12/2016).
4. Barret A-S, Deghmane A-E, Lepoutre A, *et al.* Les infections invasives à méningocoques en France en 2012 : principales caractéristiques épidémiologiques. *Bull Epidemiol Hebd* 2014 ; 1-2 : 25-31.
5. Pelton SI. The global evolution of meningococcal epidemiology following the introduction of meningococcal vaccines. *J Adolesc Health* 2016 ; 59 : S3-11. doi: 10.2016/j.adohealth.2016.04.012
6. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017. Avril 2017. [en ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2017.pdf (consulté le 29/04/2017).
7. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccines Immunother* 2013 ; 9 : 1763-73.
8. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, Cook AR, Jones NS. The State of vaccine confidence 2016: Global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine* 2016 ; 12 : 295-301.
9. La Rédaction Prescrire. Myofasciite à macrophages et vaccination. *Prescrire* 2015 ; 35 : 194-8.
10. WHO. Weekly epidemiological record. *Wkly Epidemiol Rec* 2006 ; 81 : 273-84.

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

11. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. 2016. [en ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_la_politique_vaccinale_janvier_2016_.pdf (consulté le 11/12/2016).

12. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport sur la vaccination. 2016. [en ligne]. Disponible sur : http://concertation-vaccination.fr/la-restitution/ (consulté le 11/12/2016).

13. Floret D, Torny D. Les vaccinations « Dossier ». Les déterminants de la politique vaccinale. *Actual Doss Sante Publique* 2010 ; 71 : 14-31.

14. Buisson Y, Bégué P. Communiqué sur l'obligation vaccinale. Académie nationale de médecine. 2015. [en ligne]. Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/11/Obligation-vaccinale-communiqu%C3 %A9-pr%C3 %A9sent%C3 %A9-en-s%C3 %A9ance-le-27-10-151.pdf (consulté le 11/12/2016).

15. Conseil national de l'ordre des médecins. Obligation vaccinale. « Protéger sans contraindre, c'est possible ». Communiqué de presse. 2015. [en ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cpcnomacnm_vaccination.pdf (consulté le 11/12/2016).

16. Bégué P. Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique. Académie nationale de médecine. *Bull Acad Natl Med* 2012 ; 196 : 603-18.

17. La Rédaction Prescrire. Vaccins grippaux H1N1v et narcolepsie : un risque à mieux cerner. *Prescrire* 2012 ; 348 : 754-7.

18. Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine* 2014 ; 32 : 3623-9.

19. La Rédaction Prescrire. Vaccin Papillomavirus et syndrome de Guillain-Barré : gérer les incertitudes. *Prescrire* 2016 ; 36 : 427-32.

20. Rosillon D, Buyse H, Friedland LR, Ng S-P, Velázquez FR, Breuer T. Risk of intussusception after rotavirus vaccination: meta-analysis of postlicensure studies. *Pediatr Infect Dis J* 2015 ; 34 : 763-8.

21. Lehmann HC, Hartung HP, Kieseier BC, Hughes RA. Guillain-Barré syndrome after exposure to influenza virus. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10 : 643-51.

22. Gust DA, Kennedy A, Shui I, Smith PJ, Nowak G, Pickering LK. Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers. *Am J Prev Med* 2005 ; 29 : 105-12.

23. Martos S. Un pédiatre radié par l'Ordre pour avoir fourni un faux certificat de vaccination [en ligne]. Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/07/27/un-pediatre-radie-par-lordre-pour-avoir-fourni-un-faux-certificat-de-vaccination_822786 (consulté le 11/12/2016).

24. Massin S, Pulcini C, Launay O, *et al.* Opinions et pratiques d'un panel de médecins généralistes français vis-à-vis de la vaccination. *Glob Health Promot* 2013 ; 20 : 28-32.

25. DREES, ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes* [en ligne]. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins,11422.html (consulté le 11/12/2016).

26. Verger P, Fressard L, Collange F, *et al.* Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: A national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine* 2015 ; 2 : 891-7.

27. Killian M, Detoc M, Berthelot P, *et al.* Vaccine hesitancy among general practitioners: evaluation and comparison of their immunisation practice for themselves, their patients and their children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016 ; 35 : 1837-43.

28. Agrinier N, Le Maréchal M, Fressard L, Verger P, Pulcini C. Discrepancies between general practitioners' vaccination recommendations for their patients and practices for their children. *Clin Microbiol Infect* 2017 ; 23 : 311-7.

29. Partouche H, Scius M, Elie C, Rigal L. Vaccination against hepatitis B in children: survey on knowledge, opinions, and practices of general practitioners in Île-de-France in 2009. *Arch Pediatr* 2012 ; 19 : 111-7.

30. Gherardi R. *Toxic Story*. Deux ou trois vérités embarrassantes sur les vaccins et leurs adjuvants. Arles : Actes Sud, 2016.

31. Charles R. La construction sociale des maladies. *Prescrire* 2015 ; 35 : 554.

32. Haut Conseil de santé publique. Aluminium et vaccins. 2013. 61. [en ligne]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369 (consulté le 11/12/2016).

33. Vildé J-L. L'obligation vaccinale en question. *Laennec* 2015 ; 63 : 8-23.

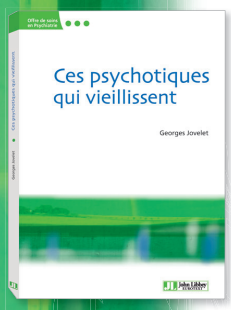
34. Ferron C. Vaccination contre la grippe : fallait-il faire usage de la peur ? *Santé Publique* 2010 ; 2 : 249-52.

35. La Rédaction Prescrire. Calendrier vaccinal 2014 en France. *Prescrire* 2014 ; 34 : 851-2.

36. La Rédaction. Vaccinations et sclérose en plaques : pas de risque démontré. *Prescrire* 2004 ; 24 : 594-5.

Copyright © 2019 John Libbey Eurotext. Téléchargé par M. LAURENT BRUTUS le 15/02/2019.

Offre de soins en Psychiatrie



• Avril 2017 • 208 pages
• ISBN : 978-2-7420-1465-1
• 28 €
• *Collection Offre de soins en psychiatrie*

Ces psychotiques qui vieillissent

Comment penser la prise en charge au plan clinique, institutionnel et éthique d'une minorité sociale : celle des psychotiques âgés ? Quelles sont les actions concrètes pour améliorer leur qualité de vie ?

Georges Jovelet s'appuie sur son **expérience** pour **définir** au plan d'une **clinique psychiatrique** et **anthropologique**, la **catégorie des malades mentaux âgés** et décrire la **réalité** de leur **condition d'existence.**

Qui sont-ils et quel est leur **destin social** lorsqu'ils séjournent à leur domicile, celui de proches aidants ou en institution ?

L'auteur livre une réflexion en 3 axes :
- **L'évolution des missions des Ehpad**.
- **Les politiques d'articulation des secteurs sanitaires et médicosociaux**.
- **Les considérations idéologiques, d'engagement variable dans les pratiques.**

L'AUTEUR

Georges Jovelet est psychiatre des hôpitaux, chef de service et responsable du pôle psychiatrie du sujet âgé – alcoologie à l'Établissement public de santé mentale de Prémontré. Il est également membre du Bureau national du *Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux - SPH* et vice-président de la *Société de l'Information Psychiatrique*.

John Libbey EUROTEXT

Tous les ouvrages de la collection *Offre de soins en Psychiatrie* sont disponibles sur **www.jle.com**

En savoir +