STRATÉGIES

Concepts

Gwenaëlle Grall¹, Josette Vallée², Elisabeth Botelho-Nevers³, Rodolphe Charles²

¹DMG, Université de Bordeaux, 33 000 Bordeaux

²DMG, Université Jean Monnet, COMUE de Lyon, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Pôle Santé Nord, 42 270 Saint-Priest en Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

³Clinical Investigation Center-INSERM-CIC1408, CHU Saint Étienne, Hôpital Nord, 42055 Saint Étienne Cedex 02

Tirés à part : R. Charles

Résumé

Dans la première partie de cet article¹ nous avions montré que l'hésitation vaccinale (HV) menace l'efficacité des programmes de vaccination. L'obligation et la radicalité du discours sont contre productives et ne font que renforcer les doutes, inquiétudes et réticences des usagers. Les médecins généralistes n'échappent pas à ce mouvement d'hésitation mais ils restent globalement engagés et ont mis en place différentes stratégies de réponse en faisant preuve d'inventivité au prix de quelques maladresses. Quelles pistes retenir afin d'améliorer nos pratiques?

• Mots clés

vaccination ; programmes de vaccination ; médecine générale ; décision médicale partagée.

Abstract. Vaccine hesitancy: from concept to practice. Part 2: Towards an improvement of our vaccine practices

In the first part of this article (Ref), we showed that vaccine hesitation (VH) threatens the effectiveness of vaccination programs. The obligation and the radicalism of the discourse are counterproductive and only reinforce the doubts, concerns and reluctance of the users. The general practitioners do not escape this movement of hesitation but they remain globally involved and have put forward

¹ Grall G, Vallée J, Bothelo-Nevers E, Charles R. L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique : Première partie : l'enquête. *Médecine* 2017 ; 13 : 254-60.



L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique

Deuxième partie : Vers une amélioration de nos pratiques vaccinales

Rappel sur le concept de l'hésitation vaccinale et les médecins généralistes

Les postures vaccinales s'inscrivent dans un continuum allant de l'acceptation sans condition au refus complet [1, 2]. L'opposition radicale s'avère un phénomène marginal et pratiquement incontrôlable, mais les craintes et hésitations affectent une partie de la population dont les médecins généralistes ne sont pas exclus. L'OMS traite de « vaccine hesitancy » [3] et plusieurs modèles essaient d'analyser comment différents facteurs (figure 1) influencent la prise de décision vaccinale [3, 4]. Quatre profils de patients sont décrits : les indifférents, les attentistes, les méfiants et les calculateurs [5, 6]. Les nombreuses classifications montrent le continuum de l'acceptation avec une demande active (acceptance) jusqu'au refus (refusal) vaccinal, en passant par ceux qui acceptent, ceux qui diffèrent, ceux qui refusent certains vaccins.

Pour appréhender l'hésitation vaccinale des médecins généralistes, MacDonald and the SAGE group mettent en avant trois piliers : « confidence, complacency and convenience² » dans le « 3C model » [7]. La confiance est reliée à l'efficacité et sécurité des vaccins, à la politique vaccinale et aux industries délivrant les vaccins (fiabilité et compétences). La complaisance est rattachée à la perception d'un faible risque des maladies à prévention vaccinale et d'une absence de nécessité des vaccinations, la commodité à des déterminants pratiques tels que la disponibilité, l'accessibilité (financière, géographique), les capacités de compréhension (barrière de la langue, « health literacy »), les propositions des services de santé. De ce fait, trois prismes doivent être considérés : le contexte politique, historique et économique, l'opinion des individus et la vaccination en elle-même.

L'étude de Verger [8], publiée en juin 2015, précise les déterminants de l'hésitation vaccinale 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.

Dans la première partie de cet article, nous avions vu que les MG se sentaient prêts à user d'inventivité pour améliorer leurs pratiques. Mais des maladresses témoignaient à la fois du terrain « glissant » dans lequel leur exercice évolue ainsi que de leur volonté d'engagement. Ils n'étaient pas encore disposés à prendre du temps sur « la séance vaccinale ». Pour eux, la procédure s'avérait routinière. Pourtant, finalement, les risques d'erreurs n'étant pas négligeables [9] et participant sans doute pour partie de la défiance des usagers, la contradiction entre banalisation de la procédure et complexité à se confronter aux craintes sociétales souligne sans doute qu'au quotidien l'attitude des MG demeure confiante.

² Confiance, complaisance et commodité.

different response strategies by showing creativity but not without a few blunders. What potential solutions should we keep in order to improve our practices?

Kev words

vaccination; immunization programs; general practice; shared decisionmaking.

DOI: 10.1684/med.2017.229

Connaître, comprendre et répondre aux représentations des usagers

La vaccination, comme modèle thérapeutique ou geste pratique, est chargée de représentations qui mettent en relation le biologique et le social (usagers, professionnels, société) [10]. Il s'avère impératif que les MG essaient de comprendre les représentations des patients, qui exprimeront leurs attentes et leurs peurs pour formuler un argumentaire adéquat et donner une information juste, claire, mais aussi la plus adaptée et appropriée [11]. L'étude de Sardy [12] illustre la rencontre entre patients aux attentes individuelles et médecins soucieux d'une prévention collective.

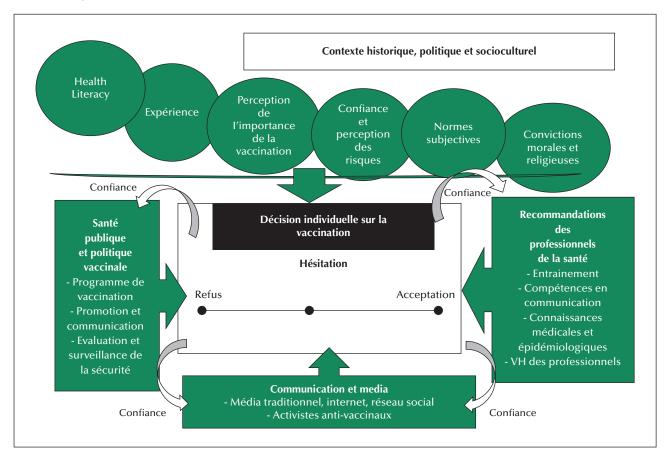
Les MG ne doivent pas oublier que la vaccination n'est pas qu'un acte pédiatrique [7] : par habitudes d'exercice (automatisme lors du suivi du nourrisson) ne s'installeraitil pas un pacte dénégatif évitant le débat avec des adultes (adolescents) hésitants?

Disposer d'un argumentaire scientifique sincère, vrai, transparent [13]

Les MG se doivent d'affronter le sentiment de tromperie, de mensonge que déclarent de nombreux patients lorsqu'ils souffrent d'une maladie contre laquelle ils ont été vaccinés : par exemple, pour la vaccination contre la grippe dans les pays industrialisés.

En effet, la majorité de la population n'a pas connaissance, ni donc conscience, que le vaccin antigrippal réduit le risque grippal d'environ 50 % chez la personne de plus de 65 ans, mais ne le supprime pas. Le discours médical est souvent volontairement optimiste et la protection surévaluée.

L'analyse bibliographique Pubmed, Medline Cochrane du discours dit « vrai » (ou « vérité ») montre l'absence d'étude dans le champ vaccinal d'une telle posture sur la couverture vaccinale. En revanche, dans le champ de la cancérologie, cela fait de



• Figure 1. Hésitation vaccinale, vue d'ensemble. D'après Dubé E et al.

nombreuses années que la « vérité » doit être dite au malade, non seulement pour des raisons éthiques, mais également pour des raisons de confiance et de capacité du patient à prendre les décisions les plus éclairées [14].

Les grands fléaux infectieux (variole, poliomyélite, diphtérie, tétanos) ayant quitté la planète ainsi que l'imaginaire collectif, les nouveaux champs d'application de la vaccinologie se tourneront autour de politiques de réduction des risques (zona, rubéole, grippe, cancer du col de l'utérus, hépatopathie virale), même si les virus émergents donneront peutêtre des occasions de les réhabiliter (dengue, Zika, Ebola...).

Ne pas utiliser la peur, mais développer des compétences en communication

Tout au long des entretiens, nous avons observé que ce sujet soulevait beaucoup d'émotions. Les champs lexicaux des sentiments et de la croyance étaient très présents. Des argumentaires utilisant la peur étaient utilisés par les MG racontant des récits poignants d'expériences de maladies à prévention vaccinale (décès, lourdes séquelles). C. Ferron explique que la peur peut être inefficace et peut accroître les inégalités sociales de santé en provoquant des réactions d'évitement et de défense [15].

Il faut questionner nos méthodes de prévention afin de faire basculer l'opinion publique vers une perception positive de l'immunisation. Ne devrions-nous pas plus entendre parler de l'épidémiologie émotionnelle ?

L'impulsion doit être donnée bien entendu par les instances politiques et médicales. L'amélioration des compétences émotionnelles des MG (identification, expression, compréhension, utilisation et régulation) constitue une piste de travail [16]. Dans notre cas, cela serait l'identification des peurs et freins à la vaccination, l'expression passant par une information adaptée/claire/ appropriée, la compréhension des réactions du patient, l'utilisation des « bons arguments » et, enfin, la régulation avec une adaptabilité des discours. Mais ces compétences ne peuvent s'acquérir qu'avec expérience, entraînement et réflexion, par exemple lors de la réalisation de groupe Balint ou groupe de Pairs. Comme nous le dit Lisa Bellinghausen [17], « L'enjeu est d'outiller les professionnels de demain face à un contexte où nos capacités adaptatives seront constamment sursollicitées ».

Restaurer la confiance envers les autorités

Comme le dit Didier Torny, « la recommandation vaccinale ne se situe donc plus dans un univers consensuel, mais durablement controversé, dans lequel la portée et les limites de l'expertise sont redéfinies » [18]. Les programmes de formations de demain ne devront pas simplement se contenter de faire connaître les recommandations vaccinales, mais bien d'expliciter leur construction, avec un effort de vulgarisation des études médico-économiques qui les sous-tendent, les débats éthiques et politiques qui les accompagnent.

Les rumeurs, polémiques et informations circulent sans cesse sur le thème de la vaccination et influent sur les pratiques. Il est nécessaire que les politiques devancent et comprennent ces rumeurs pour y répondre au mieux. Frédéric Keck [19] a démontré que le sujet vaccinal était au cœur d'incertitudes interactionnelles et une proposition de réponse consisterait à étudier des sentinelles de la vaccination, pour prévoir ses effets immunitaires et pour suivre ses effets sociaux. Enfin, on devrait donner aux MG les clés pour comprendre la construction historique de ces rumeurs et les enquêtes épidémiologiques qui les accompagnent pour pouvoir répondre au moins avec conviction aux questionnements des patients. Un enseignement devrait travailler la question des rattrapages et des substitutions en situation de pénurie. Une analyse systémique de ces crises devrait être fournie aux acteurs de première ligne sur le terrain.

Conclusion

La réflexivité, au cœur de notre métier, induit des questionnements, des engagements et des hésitations. Concernant la vaccination, tous les ans l'édition des nouvelles recommandations devra aiguiser notre sens critique afin :

- d'appréhender nos représentations vaccinales et celles de nos patients;
- de disposer d'un argumentaire scientifique sincère, vrai, transparent sans utiliser la peur ;
- de développer nos habiletés communicationnelles et nos compétences émotionnelles;

Pour la pratique

- La vaccination, comme modèle thérapeutique ou geste pratique, est chargée de représentations qui mettent en relation le biologique et le social (usagers, professionnels, société).
- L'amélioration des pratiques en vue de réduire les hésitations et améliorer la couverture vaccinale suppose de connaître, comprendre et répondre aux représentations des usagers, disposer d'un argumentaire scientifique sincère, vrai et transparent, ne pas utiliser la peur mais développer des compétences en communication, et enfin restaurer la confiance envers les autorités.

et de retrouver une confiance envers nos autorités. Les recommandations 2017 abordent notamment notre rôle dans la gestion de la crise liée aux pénuries [20].

~Remerciements à Hélène Krzepisz, Nadine Kerveillant, Zoé Pontida.

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

RÉFÉRENCES

- 1. Dubé E. Laberge C. Guay M. Bramadat P. Roy R. Bettinger J. Vaccine hesitancy : an overview. Hum Vaccines Immunother 2013; 9: 1763-73.
- 2. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016 : Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine 2016; 12: 295-301.
- 3. SAGE, WHO. Report of the SAGE working group on Vaccine Hesitancy. Nov 2014.
- 4. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the antivaccine movement : influence, impact and implications. Expert Rev Vaccines 2015;
- 5. Betsch C, Böhm R, Chapman G. Using Behavioural Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights Behav Brain Sci* 2015; 2: 61-73.
- 6. Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants : the importance of trust. Pediatrics 2006; 117: 1532-41.
- 7. MacDonald NE. The SAGE working group on vaccine hesitancy. Vaccine Hesitancy: Definition, scopes and determinants. Vaccine 2015; 33: 4161-4.
- 8. 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 2: 891-7.
- 9. Charles R, Vallée J, Tissot C, Lucht F, Botelho-Nevers E. Vaccination errors in general practice: creation of a preventive checklist based on a multimodal analysis of declared errors. Fam Pract 2016; 33: 432-8.

- 10. Herzlich C, Moscovici S. Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales ; 2005. 210.
- 11. Code de la santé publique Article R4127-35. Code de la santé publique
- 12. Sardy R et al. Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. 2013 [en ligne]. Disponible sur : http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-6-page-547.htm. (consulté le 11/12/2016).
- 13. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination Rapport sur la vaccination. 2616. [en ligne]. Disponible sur : http://concertation-vaccination.fr/larestitution/.(consulté le 11/12/2016).
- 14. Botelho-Nevers E, Gagneux-Brunon A, Charles R, Lucht F. Vaccine: Time to tell the truth! Med Mal Infect. 2016
- 15. Ferron C. Vaccination contre la grippe : fallait-il faire usage de la peur ? Santé Publique 22 : 249-52.
- 16. Mikolajczak M, et al. Les compétences émotionnelles. Paris : Dunod, 2014, 336.
- 17. Bellinghausen L. Quel est le futur des compétences émotionnelles dans les dispositifs de formation professionnelle ? *Pédagogie Médicale* 2012 ; 13 :
- 18. Torny D. La politique vaccinale en situation controversée durable. In: Société française de santé publique. Lille ; 2011.
- 19. Keck F. Vaccinés comme des bêtes ? Genèses 2013 : 91 : 96-117.
- 20. INVS. Calendrier vaccinal 2017. 2017 [en ligne]. Disponible sur: http://social-sante. gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf (consulté le 02/05/2017).



- 16 x 24 cm / 400 pages
- ISBN: 978-2-7040-1372-2

Pertes de connaissance transitoires et malaises de l'adulte

Évaluez vite et bien

Un guide adapté à la pratique courante pour établir un diagnostic de chaque type de malaise, même le plus rare.

- Répertorie toutes les causes pathologiques possibles par grande typologie
- · Apporte une méthodologie opératoire d'aide au diagnostic



Ouvrage disponible sur www.jle.com



