



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

MEDECINS GENERALISTES ET VACCINATION

– Groupe n° 13 –

- **BABY Jeanne**
- **CAYOL-BRONDINO Véronique**
- **DELAGE Louise**
- **EYRAUD Raphaëlle**
- **KEROUAULT Sylvaine**
- **LE BRIS Virginie**
- **MORICEAU Christine**
- **PALAUD Audrey**
- **ROBIN Thomas**
- **SLADEK Lauriane**
- **WENDLING Léonard**

Animatrice :

MUELLER Judith

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	5
Les résultats	7
1. Description de l'échantillon	7
2. Les sources d'informations professionnelles concernant la vaccination contre le méningocoque C.....	9
3. La pratique des médecins généralistes en matière de vaccination contre le méningocoque C.....	9
Discussion	15
1. Le patient n'est pas à l'origine du faible taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C.....	15
2. Malgré une attitude favorable à la vaccination, le médecin généraliste peine à passer d'une posture de conseil à une posture de conviction.....	18
3. Pour investir une posture de conviction, le médecin généraliste doit devenir un acteur de la chaîne vaccinale à l'initiative de la proposition	21
4. La nécessité de développer et de renforcer la communication entre les acteurs de la petite enfance	23
Conclusion.....	25
Bibliographie	26
Liste des annexes.....	I

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement le **Docteur Judith MUELLER** pour sa disponibilité, son aide et ses conseils dans la réalisation de cette investigation.

Nous remercions également le **Docteur Henri PARTOUCHE**, le **Docteur Sandrine HUGE** ainsi que **Madame Micheline HORNUNG** de l'Association Méningite Régis 76, pour leurs conseils avisés et leur éclairage dans notre étude.

De manière générale, nous remercions chacun des **médecins généralistes** qui ont accepté de répondre à notre questionnaire, nous permettant ainsi de mener à bien notre enquête.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CTV : Comité Technique des Vaccinations

DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

PMI : Protection Maternelle et Infantile

Avant-propos

Dans le cadre du module interprofessionnel de santé publique (MIP), nous étions onze élèves de filières différentes :

- Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) ;
- Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social (DESSMS) ;
- Directeur d'Hôpital (DH) ;
- Directeur des Soins (DS) ;
- Ingénieur d'Etudes Sanitaires (IES) ;
- Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) ;
- Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP).

Après une présentation de la thématique par le Docteur MUELLER, le groupe s'est entendu sur la façon dont il allait conduire ce projet d'investigation. Un rétro-planning a été collectivement élaboré pour projeter les différentes étapes de construction de ce travail et des outils support ont été définis. La première semaine de travail a été consacrée à l'étude du sujet à travers la littérature et les échanges avec les experts, à la définition de la problématique et à la construction du questionnaire. La seconde semaine a permis de réaliser des investigations sur le terrain, avant d'analyser les résultats et de rédiger le rapport durant la troisième semaine.

Introduction

Début mars 2015, les députés ont supprimé du projet de loi de modernisation du système de santé l'article prévoyant la possibilité pour les pharmaciens de pratiquer certaines vaccinations. Ils ont en effet considéré que les conditions nécessaires à la réalisation de cet acte n'étaient pas réunies. Cette annonce relance à nouveau le débat sur l'organisation de la politique vaccinale en France qui repose sur le médecin généraliste. Considéré comme le « pivot » des pratiques de prévention, il se voit confier l'acte de vaccination de manière quasi exclusive. En tant qu'acteur de la promotion de la santé et pilier de la médecine de premier recours, il est à ce jour le seul habilité à prescrire les vaccins avec certains spécialistes tels que les pédiatres et les gynécologues.

En 2012, le rapport LABAZÉE¹ conclut que la couverture vaccinale française présente un bilan contrasté. Les objectifs ne sont pas assez prioritaires et la population inégalement suivie, ce qui rend le dispositif lacunaire. De surcroît, la vaccination suscite inquiétudes et oppositions tant de la part des soignants que des soignés. Les premiers débats sont d'ailleurs apparus en Angleterre en 1866, avec la naissance des ligues anti vaccinales qui s'opposent à la vaccination antivariolique obligatoire (*Vaccination Act*, 1867). Les pressions sont telles que le Parlement britannique introduit une clause de conscience en 1898 permettant de contourner l'obligation vaccinale au nom de la liberté des citoyens². L'action des lobbies anti-vaccinaux se poursuit aujourd'hui et fait écho à un discours médiatique que la multiplicité des acteurs institutionnels ne parvient pas à contrer.

Inscrite à l'article L.5121-1 du Code de la Santé Publique, la vaccination peut se définir comme une mesure prophylactique consistant à injecter un produit dans le corps d'un individu. Son objectif est de le protéger contre l'apparition d'une maladie ayant souvent un caractère épidémique et contagieux. Elle permet à la fois d'assurer une protection individuelle et collective et se décline selon deux aspects : les vaccins obligatoires³ (art. L.3111-2 et L.3111-3 du CSP) et les vaccins recommandés. Seul le législateur est compétent pour déterminer les vaccins obligatoires dont il existe deux sous catégories : ceux qui concernent l'ensemble de la population sur le territoire français (vaccins contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie) et

¹ La politique vaccinale de la France. Rapport d'information de M. Georges LABAZÉE, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 351 (2012-2013) - 13 février 2013.

² Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale. Rapport final - Anne Bertrand, Didier Torny - CERMES - Novembre 2004.

³ Articles L.3111-2 et L.3111-2 CSP

ceux s'adressant à certaines catégories de professionnels particulièrement exposés à des risques sanitaires (personnels des hôpitaux et des laboratoires de biologie, militaires etc.)

La coexistence de ces deux vaccinations crée un manque de lisibilité et questionne sur l'utilité des vaccins recommandés⁴, d'autant plus que l'obligation vaccinale évolue en fonction des données épidémiologiques. Par exemple, la variole n'est plus un vaccin obligatoire depuis 1984 et la tuberculose depuis 2007. Pourtant, la vaccination a fait ses preuves et a permis d'éradiquer la variole. Selon Stanley PLOTKIN, « à l'exception de l'eau potable, aucune modalité d'intervention - y compris les antibiotiques - n'a eu autant d'impact sur la réduction de la mortalité et la croissance de la population »⁵. La diphtérie ainsi que la poliomyélite ont également quasiment disparu. Malgré ces constats clairement positifs, des controverses continuent de façonner les représentations collectives et réinterrogent périodiquement sur la nécessité de la vaccination.

En effet, dans les années 1990, le vaccin contre l'hépatite B est tenu pour responsable d'apparition de sclérose en plaques chez les patients atteints par cette maladie. De la même manière, en Angleterre, le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est accusé d'être à l'origine de cas d'autisme chez les enfants. Enfin, la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 a été à l'origine d'une défiance généralisée au sein de la population. La dernière crise sanitaire en date concerne les adjuvants vaccinaux accusés de déclencher des troubles neuro-dégénératifs et des maladies auto-immunes. En dehors d'un manque d'information et de la crainte des effets indésirables, la vaccination demeure un acte très particulier car elle impose à un être sain de se vacciner contre une maladie hypothétique dont les chances de la développer restent faibles. Le vaccin est préventif, solidaire et contient même une dimension politique puisque les recommandations sont déterminées par la puissance publique (HCSP et CTV). Les patients, comme les médecins, se trouvent également partagés entre une démarche collective et/ou individualiste.

Au regard de cas de résurgences de maladies auparavant contrôlées (rougeole en 2009, tuberculose en 2011), de la couverture vaccinale des adultes insuffisante et de la méfiance persistante, les pouvoirs publics se sont penchés sur cette problématique. Par exemple, le

⁴ Avis du HCSP relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination - 13 Mars 2013 et 6 Mars 2014.

⁵ Plotkin SL, Plotkin SA. A short story of vaccination. In : Plotkin SA, Orenstein WA, eds. Vaccines. Philadelphia: WB Saunders 2004; pp 1-15. Citation reprise dans l'avis du HCSP relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination - 13 Mars 2013 et 6 Mars 2014.

rapport LABAZÉE souligne l'opacité du calendrier vaccinal, les conditions de remboursement des vaccins, les inégalités territoriales et sociales ainsi que la complexité de la politique vaccinale. Dans son étude de mars 2015, intitulée : « *Vaccination : attitude et pratique des médecins généralistes* », la DREES indique que malgré un nombre de médecins généralistes majoritairement favorables à la vaccination, un tiers d'entre eux préfère se fier à leur propre jugement. Or, force est de constater que lorsqu'un médecin émet une réserve sur la vaccination, il est moins enclin à la recommander auprès de ses patients⁶. Par ailleurs, la France ne fait pas toujours figure de bon élève à l'échelle européenne. Concernant l'hépatite B, la couverture vaccinale française est la plus faible de l'Union européenne à l'exception de la Suède, alors même que certains pays tels que la Finlande ont une couverture vaccinale très satisfaisante sans que la vaccination soit pour autant obligatoire. Suite à ces constats, des actions sanitaires et des initiatives privées⁷ ont été mises en œuvre pour améliorer la couverture vaccinale : semaine de la vaccination, calendrier vaccinal simplifié, site institutionnel, carnet de vaccination électronique, ou encore accessibilité renforcée à la vaccination. De plus, le HCSP a émis des recommandations en la matière au sein du CTV qui élabore la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques.

D'après le guide des vaccinations de 2012 réalisé par l'INPES, le médecin généraliste reste la personne de référence en matière de vaccination pour le patient : « *Plus des 2/3 des personnes se souvenant de leur dernière vaccination l'ont effectuée sur le conseil de leur médecin traitant* ». Ce médecin libéral bénéficie d'un ensemble de libertés, dont celle de prescription, énoncées dans la Charte de 1927. Cette autonomie est parfois remise en cause par la stratégie nationale de vaccination imposée par la puissance publique et/ou par le patient qui peut choisir librement de se faire vacciner ou non⁸.

En somme, les études se sont essentiellement concentrées sur le rapport des patients à la vaccination et sur l'efficacité des messages institutionnels promouvant cette dernière. Pour autant, il paraît nécessaire de s'interroger sur le rapport entre les médecins généralistes et les différents vaccins puisqu'ils sont, non seulement, le pivot de la prévention primaire en la matière, mais également l'intermédiaire entre la stratégie nationale de la vaccination et le patient. Est-il acteur-décideur ou relais des politiques publiques en matière de vaccination ?

⁶ Guide des vaccinations – Edition 2012 -INPES

⁷ On peut citer ici l'exemple du carnet de vaccination électronique : carnetdevaccination.net.

⁸ Loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que : « *la politique de vaccination est élaborée par le ministère chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publique.* »

L'objet de notre étude consiste à apprécier son autonomie décisionnelle en matière de vaccination qui semble prise en étau entre les politiques publiques, la communauté scientifique, et la volonté propre du patient. Le vaccin contre le méningocoque C servira d'exemple tout au long de notre étude. En effet, il est apparu pertinent de se focaliser sur ce vaccin non obligatoire dont la couverture est faible (environ 57% chez les enfants de 1 à 4 ans) et qui n'est recommandé que depuis 2010. L'objectif des pouvoirs publics est d'avoir un taux de 80% de couverture vaccinale à 24 mois et 50% dans la population de rattrapage. Le faible taux de couverture vaccinale apparaît surprenant dans la mesure où le méningocoque C est une maladie rare et potentiellement mortelle (82 cas en 2011, dont 14 décès⁹). En outre, une dose unique est injectée entre 12 et 24 mois avec une possibilité de rattrapage jusqu'à 24 ans révolus.

Au vu de ces différents éléments, la présente étude s'attache à développer dans un premier temps les éléments de méthodologie (1), pour ensuite présenter les résultats (2) avant d'envisager une mise en perspective dans le cadre de la discussion (3). Cela nous permettra d'aborder plus précisément les points suivants :

- Etudier quel rôle joue le médecin généraliste dans la décision vaccinale ainsi que sa représentation de la vaccination contre le méningocoque C ;
- Etudier si les médecins généralistes recommandent systématiquement ce vaccin et a contrario pourquoi ils ne le font pas ;
- Mettre en perspective la réalité de la recommandation au regard des populations cibles.

⁹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2 Janvier 2011

Méthodologie

Afin de répondre aux problématiques posées, nous avons collectivement décidé de réaliser une enquête quantitative et qualitative auprès des médecins généralistes. Les pédiatres et autres spécialistes ont été volontairement exclus de notre étude de par leur mode d'exercice différent et leurs spécificités. De surcroît, les médecins généralistes sont davantage concernés par le rattrapage du vaccin contre le méningocoque C et donc plus à même de nous éclairer dans la réalisation de notre investigation.

Etant donné le temps imparti pour la réalisation de ce travail et afin d'avoir un volume de réponses exploitable, nous avons choisi de considérer plusieurs modalités d'entretien : après un appel initial présentant le cadre de notre démarche, le médecin avait la possibilité de s'exprimer à sa convenance, par téléphone, par mail ou lors d'un entretien en face à face.

Il a été convenu que tous les membres du groupe réaliseraient des entretiens dans une région de leur choix. Les médecins interrogés ont été sélectionnés à travers le réseau personnel et professionnel de chacun et/ou de façon aléatoire dans l'annuaire.

Le questionnaire, d'une durée de dix minutes environ, était volontairement court afin de tenir compte de la charge de travail présumée importante des médecins et des nombreuses sollicitations auxquelles ils sont soumis. Le questionnaire était composé de vingt-neuf items, dont une majorité de questions fermées afin d'optimiser le temps de réponse. Six questions ouvertes ont été intégrées afin de donner la possibilité aux médecins de s'exprimer. Nous avons réalisé notre questionnaire via le site Google Drive après création d'un compte Google Mail, afin que tout le groupe ait accès au document et aux résultats en temps réel. Cet outil permet en effet une incrémentation automatique des réponses dans un tableau Excel. Avant sa mise en application, le questionnaire a été testé auprès d'un médecin généraliste et auprès d'un expert, le Docteur PARTOUCHE. Suite aux différentes remarques formulées, certaines questions ont pu être ajoutées ou modifiées.

Le questionnaire a été mis en ligne pendant huit jours, du 1^{er} mai 2015 au 8 mai 2015, afin que nous puissions disposer du temps nécessaire à l'analyse des résultats obtenus.

Nous avons choisi d'élaborer un questionnaire anonyme afin d'obtenir un maximum de réponses de la part des médecins. Notre enquête était composée de quatre parties distinctes¹⁰ :

- Les **sources** professionnelles du médecin généraliste concernant la vaccination contre le méningocoque C ;
- La **pratique** du médecin concernant la vaccination contre le méningocoque C ;
- Les **propositions** du médecin concernant l'amélioration du taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C ;
- Le **profil** du médecin interrogé.

Afin d'analyser les réponses, nous avons utilisé le tableau Excel généré par l'application Google. Nous avons fait le choix de travailler avec des méthodes statistiques de base. Une comparaison a par ailleurs été effectuée avec des données de la littérature. Pour l'interprétation des questions ouvertes, nous avons choisi de réaliser une analyse thématique de type qualitative, afin de retranscrire au mieux les opinions et le ressenti exprimés des médecins. Nous reprenons, dans la suite de ce rapport, les éléments saillants ressortant de notre investigation.

¹⁰ Cf. Annexe 3

Les résultats

1. Description de l'échantillon

L'enquête a été menée auprès des médecins généralistes du territoire du vendredi 1^{er} au vendredi 8 mai 2015 selon la méthodologie proposée. 70 réponses ont été collectées sur environ 180 médecins généralistes sollicités, soit environ 38,8 %.

Les régions couvertes par notre étude : Les médecins généralistes interrogés se répartissent sur 12 des 22 régions de France Métropolitaine dans les proportions suivantes :

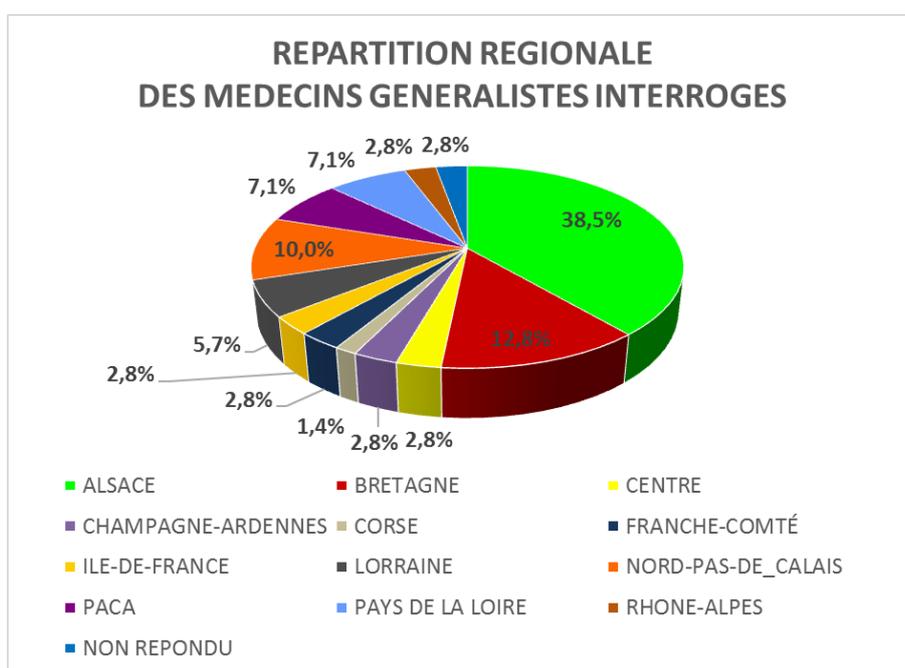


Schéma 1 : Répartition régionale des médecins généralistes interrogés

Les régions Alsace et Rhône Alpes sont surreprésentées.

L'ancienneté de l'installation : Ces médecins exerçaient en libéral depuis 19 ans en moyenne avec des extrêmes entre 0,5 et 40 ans. La médiane est de 21,5 ans.

L'âge des médecins : L'âge des médecins dans notre étude se situe entre 25 et 65 ans et plus. Notre enquête a concerné 30 femmes et 40 hommes, et 95% d'entre eux exercent en secteur 1. L'échantillon des classes d'âge des médecins généralistes interrogés a été comparé à celui des

médecins généralistes en France en 2013¹¹. Les médecins interrogés sont à 62,8 % des médecins généralistes de plus de 45 ans, la proportion en France pour ce même groupe représente 74,3%. La proportion de médecins de moins de 30 ans est surreprésentée dans notre échantillon par rapport au même groupe à l'échelon national.

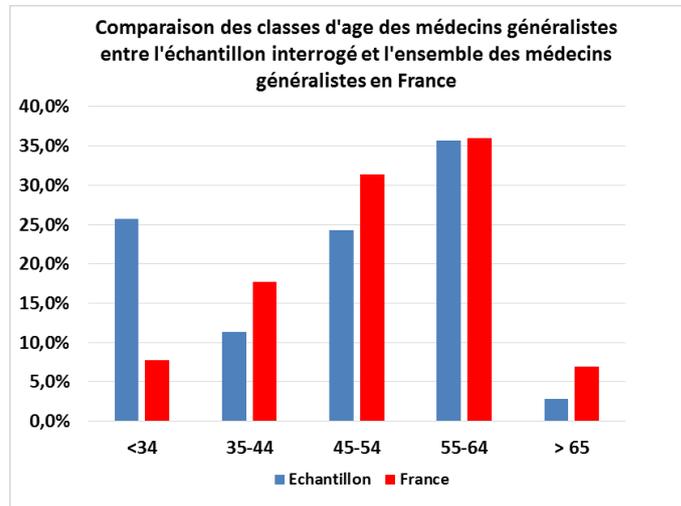


Schéma 2 : Comparaison des classes d'âge des médecins généralistes entre l'échantillon interrogé et l'ensemble des médecins généralistes

Lieux et modes d'exercice : La majorité des médecins généralistes interrogés exercent en zone urbaine (42,8 %) et semi-rurale (38,5 %). Les différents modes d'exercice sont représentés dans l'ensemble des zones d'activité.

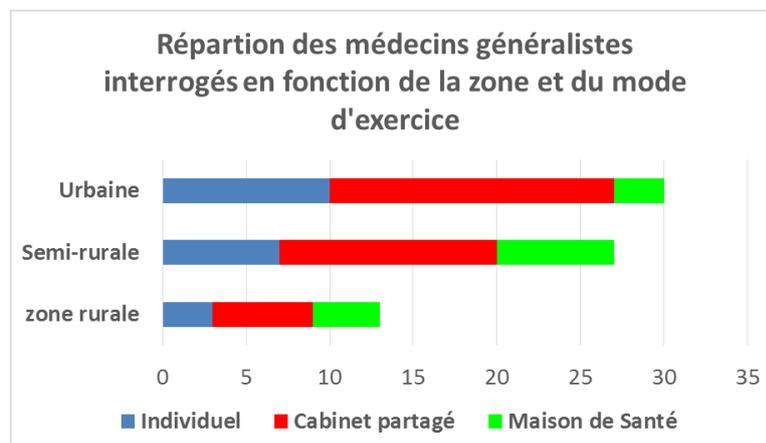


Schéma 3 : Répartition des médecins généralistes interrogés en fonction de la zone et du mode d'exercice

Nombre de patients, de prescriptions de vaccins et de vaccinations : Ces médecins reçoivent entre 30 et 200 patients par semaine avec une médiane à 100 et une moyenne de 107,2 patients

¹¹ SICARD D., Avril 2013, « Les médecins au 1^{er} Janvier 2013, Document de Travail. Séries statistiques DREES, N°179, p 24.

semaine. Ils prescrivent entre 3 et 20 vaccins par semaine (moyenne de 5,5 et médiane de 4) et vaccinent de 0 à 20 patients par semaine (moyenne de 4,3 et médiane de 3 patients vaccinés par semaine).

Nos résultats ne permettent pas d'exploiter le taux de prescription des vaccins au regard de l'activité exercée compte tenu du manque d'éléments caractéristiques de la patientèle des médecins interrogés.

2. Les sources d'informations professionnelles concernant la vaccination contre le méningocoque C

Seulement 38,6% des 70 médecins généralistes sondés ont déjà rencontré des cas de méningites ou de septicémies à méningocoque C, et 72,9% pensent être suffisamment informés sur cette vaccination. Le tableau suivant résume les sources d'informations professionnelles sur la vaccination contre le méningocoque C mentionnés par les médecins généralistes interrogés. L'auto-formation et l'information institutionnelle arrivent en tête avec respectivement 65,3% et 62,5% de médecins les mentionnant.

Source d'information	Nombre	% de l'échantillon
Auto-formation (revues...)	47	65,3%
Information institutionnelle (Ministère, HAS, ARS, Inserm, Ordre des médecins...)	45	62,5%
Laboratoires pharmaceutiques	28	38,9%
Réseau professionnel (collègues, sites spécialisés...)	25	34,7%
DPC	24	33,3%

Schéma 4 : Sources d'information des médecins généralistes concernant le méningocoque C

3. La pratique des médecins généralistes en matière de vaccination contre le méningocoque C

A la question posée : « *D'une manière générale, êtes-vous favorable à ce vaccin ?* », sur 70 enquêtes complétées, 34 médecins se sont dits très favorables au vaccin (48,6%), 29 ont déclaré être favorables (41,4%), 4 personnes (5,7%) ont répondu qu'elles ne savaient pas et 3 participants (4,3%) ont indiqué être défavorables au vaccin contre le méningocoque C. Sur les 4 médecins ne sachant pas s'ils étaient favorables au vaccin, deux n'ont exposé aucun motif expliquant leur indécision, l'un d'entre eux semblait toutefois proposer ce vaccin et le dernier indiquait « *Je ne sais pas s'il fallait vacciner* ».

A la question 2.2 « *En matière de vaccination contre le méningocoque C, un refus du patient vous est-il régulièrement ou souvent opposé ?* », 69 médecins interrogés ont répondu au questionnaire. Si la majorité d'entre eux déclare ne pas rencontrer de refus ou d'opposition régulière de leurs patients (n=47, 68,1%). Une part non négligeable (n=22, 31,9%) estime qu'elle rencontre cette difficulté à la vaccination.

Par ailleurs, la réponse à la question 2.3 « *Outre un éventuel refus, pourquoi ne vaccinez-vous pas contre le méningocoque C ?* » aurait dû permettre d'éclairer les positions des professionnels interrogés sur leurs raisons propres (et non celles des patients) de ne pas proposer une vaccination. Cependant, après analyse des données et au regard de l'incohérence de certaines réponses, nous avons estimé que la question n'avait peut-être pas été appréhendée correctement par les médecins sondés, compte tenu de sa formulation et de son positionnement dans l'enquête. Nous l'avons donc écartée de notre étude.

A la question 2.4 relative à la disponibilité du vaccin, 69 médecins généralistes ont répondu. La majorité d'entre eux n'a pas rencontré de difficultés de rupture de stock du vaccin (n=50, 72,5%). Un croisement des données réalisé avec les régions des médecins répondant n'a pas permis de démarquer significativement une région : il existe une trop grande variation d'effectif entre les régions au sein de l'échantillon.

La question 2.5 « *A quel âge et à quelle population spécifique proposez-vous la vaccination contre le méningocoque C ?* » visait indirectement à apprécier les connaissances des médecins généralistes interrogés sur les recommandations institutionnelles applicables en matière de vaccination contre le méningocoque C. Une grille d'analyse a été utilisée pour apprécier la réponse donnée selon cinq critères : Vrai ; Vrai et imprécis ; Faux, Faux et imprécis ; et enfin l'absence de réponse. Les recommandations officielles font état d'une vaccination des enfants à 12 mois et ce jusqu'à 24 mois en une seule dose, avec un rattrapage possible jusqu'à 24 ans. Les réponses ont été considérées comme vraies dès lors qu'elles n'entraient pas en contradiction cette orientation institutionnelle¹². A l'inverse, étaient considérées comme réponses fausses, celles qui entraient en contradiction avec ces recommandations. Certaines réponses étaient imprécises et ont donc fait l'objet d'une catégorie spécifique. Les catégories choisies sont illustrées dans l'encadré suivant.

¹² Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015 – Tableaux synoptiques 3.1 et 3.2 - sous le lien suivant www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

Réponse vraie	« A partir de 1 an, puis entre 1 et 24 ans si le vaccin n'a pas été fait. »
Réponse vraie et imprécise	« La population générale selon le calendrier vaccinal »
Réponse fausse	« De 0 à 22 ans et ceux qui voyagent dans certains pays (Asie, Afrique ...) »
Réponse fausse et imprécise	« Les jeunes enfants et les adolescents. »

Ainsi, si une majorité de médecins a donné la réponse attendue à cette question (n=38, 54,3%), une proportion non négligeable aurait proposé une réponse erronée (n=24, 34,3%).

	Nombre	%
VRAI	35	50,0%
VRAI et imprécis	3	4,3%
FAUX	11	15,7%
FAUX et imprécis	13	18,6%
Absence de réponse	8	11,4%
Total	70	100,0%

Schéma 5 : Grille d'appréciation des réponses des médecins généralistes

Il convient dès lors de préciser qu'un éventuel biais lié au caractère très large de cette question n'est pas à exclure. Ce résultat implique de relativiser les réponses aux précédentes questions concernant la pratique des médecins généralistes en matière de vaccination contre le méningocoque C. Les résultats présentés ci-dessus ont été croisés avec différentes données : l'avis des médecins sur le vaccin contre le méningocoque C, l'âge des participants ou encore leur appréciation sur leur degré de formation. Ils ont été en outre recoupés avec les réponses aux questions 2.6 et 2.7 (cf. annexe n°7).

Les questions 2.6 et 2.7 évoquent plus spécifiquement les pratiques vaccinales des médecins en fonction de catégories de patients. Sur les 69 médecins ayant répondu à cette question, une majorité de participants dit proposer systématiquement le vaccin contre le méningocoque C aux parents qui ont des enfants entre 12 et 24 mois (n=50, 72,5%). De même, nombreux sont les médecins généralistes interrogés qui affirment évoquer le rattrapage des enfants de 2 à 24 ans (n=48, 70,6%).

A la question 3.4 : « *Pensez-vous que la recommandation officielle de vacciner contre le méningocoque C est justifiée ?* », il apparaît que pour 92,5% des médecins interrogés, la recommandation officielle de vacciner contre le méningocoque C est justifiée à la fois en

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

termes de protection collective (91,8%) mais aussi de protection individuelle (68,9%). S'agissant des autres vaccins, 88,1% des médecins interrogés recommandent le vaccin contre l'hépatite B et 77,6% celui contre le papillomavirus.

Concernant les outils utilisés pour le suivi de la vaccination, dont celle contre le méningocoque C, 95,5% des médecins interrogés disent utiliser le carnet de santé. Un dossier médical propre à chaque médecin est également utilisé dans 56,7% des cas.

La grande majorité des MG sondés (77,1%) reconnaissent l'utilité de la vaccination contre le méningocoque C. Parmi ceux-ci 6 (8,6%) considèrent ce vaccin comme principalement utile en terme de santé publique, 3 (4,3%) estiment qu'il est utile en terme de protection individuelle, et 45 (64,3%) déclarent que le vaccin est utile pour ces deux raisons. Seuls 4 médecins sondés (5,7%) semblent ne pas en reconnaître l'utilité. La moitié de ces derniers s'estiment suffisamment informés sur le vaccin contre le méningocoque C.

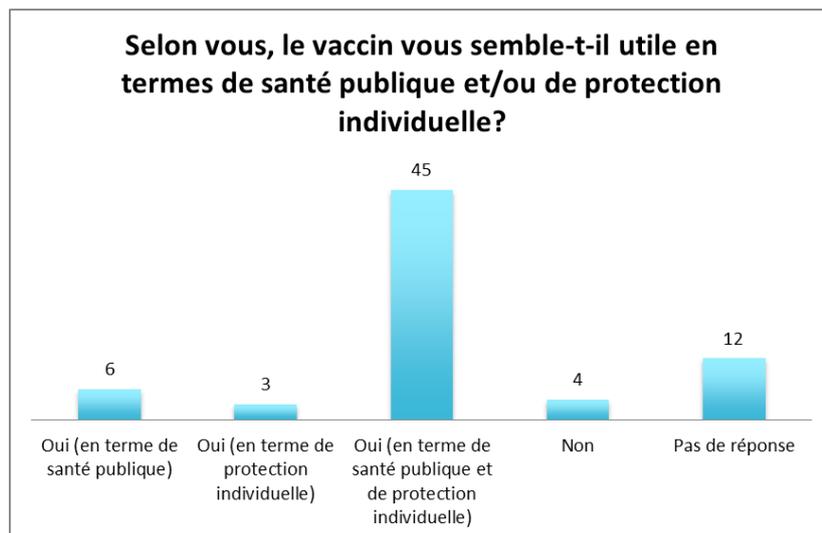


Schéma 6 : Répartition des réponses à la question « Ce vaccin vous semble-t-il utile en termes de santé publique et/ou de protection individuelle ? »

D'autre part, les médecins sondés estiment pour la plupart (70%) que la politique de vaccination contre le méningocoque C répond à une exigence de santé publique, alors que 9 d'entre eux (12,9%) estiment qu'elle répond à des objectifs industriels. On observe que les médecins qui considèrent que la vaccination contre le méningocoque C répond à des objectifs industriels sont majoritairement plus âgés que ceux qui estiment qu'elle répond à des exigences de santé publique. En effet, 55,6% des médecins qui ont répondu « *objectifs industriels* » ont entre 55 et 64 ans. De plus, une grande partie de ces derniers proviennent de zones urbaines ou semi-rurales. Enfin, on notera qu'il n'y a pas de corrélation entre le fait que les médecins considèrent que le vaccin répond à des objectifs industriels, et leur pratique de la vaccination. Ainsi, sur les 9 médecins qui ont répondu « *objectifs industriels* » à cette question, 5 déclarent

vacciner peu fréquemment (moins de cinq fois par semaine) et 4 affirment vacciner fréquemment (au moins cinq fois par semaine).

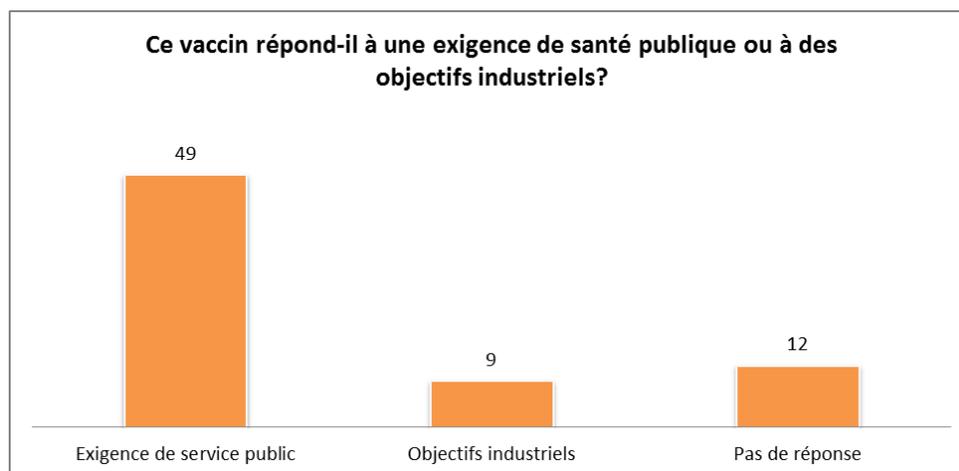


Schéma 7 : Répartition des réponses à la question « Selon vous, ce vaccin répond-il à une exigence de santé publique ou à des objectifs industriels ? »

L'avis des médecins généralistes sur la problématique d'une couverture vaccinale faible et leurs propositions pour l'améliorer :

Le groupe a ensuite souhaité demander aux médecins les raisons pour lesquelles, selon eux, l'insuffisance de la couverture vaccinale posait problème. Les réponses ont été très diversifiées. Elles ont cependant été classées en différentes catégories de regroupement qui ont été évoquées à 54 reprises par les médecins participants à l'enquête.

Répartition des thèmes évoqués par les médecins généralistes	Nombre	%
La perte d'immunité de groupe et la protection collective	19	35,2%
Le manque de protection individuelle des patients et le risque de décès	13	24,1%
Le risque épidémique	12	22,2%
La protection des enfants de moins de un an	2	3,7%
Manque d'intérêt	1	1,8%
La protection de l'entourage direct des individus	1	1,8%
La dangerosité de la maladie	1	1,8%
L'impossibilité d'éradiquer la maladie	3	5,6%
Ne sait pas	2	3,7%
Total des réponses	54	100,0%

Réponses (les médecins généralistes interrogés ont parfois évoqués plusieurs thèmes)	54	74,0%
Réponses incohérentes*	5	6,9%
Absence de réponse	14	19,1%
Total	73	100,0%

* Réponse incohérente : Propos des médecins qui ne répondaient pas à la question posée (par exemple à la question « Selon vous, pourquoi une couverture vaccinale insuffisante pose-t-elle problème avec ce vaccin ? La réponse « A priori » a été considérée comme incohérente).

Schéma 8 : Répartition des thèmes évoqués par les médecins généralistes concernant les raisons de l'insuffisance de la couverture vaccinale

La fin du questionnaire (3.6) évoque les propositions des médecins pour améliorer le taux de couverture vaccinale. Ici encore, l'analyse des entretiens a permis de dégager différents thèmes.

Répartition des thèmes évoqués par les médecins généralistes	N	%
Qualité de l'information et de la communication à destination des parents et des patients de la part des institutions et des médecins	36	46,8%
Campagne générale de vaccination	11	14,3%
Rendre le vaccin obligatoire	9	11,7%
Meilleure implication des médecins (généralistes, pédiatres...)	4	5,2%
Transparence des laboratoires pharmaceutiques	4	5,2%
Promotion de la vaccination ciblée auprès des parents d'enfant de 12 mois	3	3,9%
Meilleure formation professionnelle initiale et continue	2	2,6%
Campagne de vaccination ciblée (adolescents, milieu scolaire...)	2	2,6%
Modifier le vaccin (adjuvants)	2	2,6%
Prioriser le rôle du médecin généraliste	1	1,3%
Impossibilité d'agir pour améliorer la couverture vaccinale	1	1,3%
Information ciblée à destination des parents dans le carnet de santé	1	1,3%
Refus de répondre	1	1,3%
Total	77	100,0%

Réponses (les médecins généralistes interrogés ont parfois évoqués plusieurs thèmes)	77	85,6%
Absence de réponse	13	14,4%
Total	90	100,0%

Schéma 9 : Répartition des thèmes évoqués par les médecins généralistes concernant l'amélioration du taux de couverture vaccinale

Il faut relativiser ces résultats en considérant certains biais de l'enquête. Ainsi, la formulation, la structure (ordre des questions) de notre questionnaire ont pu induire des biais de compréhension auprès des médecins interrogés. Par ailleurs, l'hétérogénéité des modes de recueil (entretien, conversation téléphonique, courriel) n'a pas été prise en compte dans le traitement des résultats afin de privilégier l'exploitation du volume de réponses. De même, l'impact des différents profils des membres du groupe dans le recueil de données ne peut être évalué.

Si les résultats montrent assez clairement que les médecins généralistes de notre échantillon sont majoritairement favorables à la vaccination contre le méningocoque C et qu'ils inciteraient globalement leurs patients à se vacciner, il apparaît par ailleurs que leurs connaissances globales des recommandations vaccinales (évoquée dans la question 2.5) viennent nuancer cette affirmation. En revanche, les données montrent clairement que le refus des patients n'est pas un facteur majoritaire de non vaccination dans la patientèle des médecins interrogés. Ainsi, notre enquête permet uniquement de dégager des hypothèses de réflexion sur le faible taux de couverture du vaccin contre le méningocoque C et les moyens de l'améliorer.

Discussion

A la lumière des éléments dégagés précédemment par l'enquête, le positionnement des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination contre le méningocoque C mérite d'être discuté. En effet, cinq ans après son introduction dans le calendrier vaccinal, le programme de vaccination contre le méningocoque C est un échec du fait de la couverture vaccinale insuffisante, n'engendrant pas l'immunité de groupe attendue. Alors qu'il peut être perçu comme un frein majeur à cette vaccination peu connue du grand public, le médecin doit être mieux impliqué dans le plan vaccinal.

1. Le patient n'est pas à l'origine du faible taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C

En dépit du climat de défiance qui pèse autour des risques vaccinaux, les représentations liées à la méningite semblent bien limiter les refus de vaccination par les patients. Les points bloquants apparaissent donc liés à la vaccination en général et non au vaccin contre le méningocoque C en particulier.

La défiance à l'égard de la vaccination en général

Comme le souligne le Pr Pierre CORNILLOT¹³, "*sous l'effet des transformations majeures de notre société [...], les citoyens ont dû sortir à marche forcée des douceurs de l'irresponsabilité et de la dépendance pour découvrir l'urgente nécessité d'un engagement personnel et collectif plus prononcé*" : ainsi, force est de constater que depuis plusieurs décennies, parfois sous l'effet de crises sanitaires ou de controverses scientifiques, une méfiance récurrente est entretenue par les médias ainsi que par des ouvrages récusant la pertinence de la vaccination comme moyen prophylactique sécurisé. Par ailleurs, cette défiance a été largement nourrie par des scandales à répétitions. Récemment, c'est le vaccin contre les infections à papillomavirus humains (HPV) commercialisé en 2006 qui suscitait des controverses du fait de ses campagnes de communication intensives, de soupçons de conflits d'intérêt, ainsi que de plaintes déposées par des jeunes femmes atteintes de diverses pathologies déclarées après une vaccination : scléroses en plaques, lupus, encéphalomyélites aiguës disséminées etc. Parallèlement, au sein de la communauté médicale, les avis divergent encore grandement quant aux bénéfices et aux risques des vaccins contre les infections à HPV, induisant un manque de

¹³ *Vaccinations - Les vérités indésirables* - Michel Georget - Préface

confiance, voire une méfiance des patients vis-à-vis de leur médecin et des autorités de santé. Ainsi, comme l'indique notre enquête, la principale cause de refus du patient réside dans la crainte du risque vaccinal général véhiculé dans les médias. Les patients ont des réticences vis-à-vis du vocable "vaccin" : un médecin parle de "*jeunes qui ont du mal à être rattrapés car certains vaccins ont été mal perçus*" ; un autre estimant quant à lui que "*la principale cause de refus réside dans la crainte du risque vaccinal véhiculé dans les médias. Les controverses liées au vaccin de l'hépatite B sont selon [lui] à l'origine de cette peur. Les patients ont des réticences vis-à-vis des vaccins.*"

Finalement, si refus il y a, celui-ci est justifié par la peur, irrationnelle ou non, d'une balance bénéfices-risques négative. Il apparaît toutefois que l'évocation de la méningite renverse cette perception des choses et emporte l'adhésion du patient.

Une défiance tempérée par les représentations graves attachées au méningocoque C

Le cas spécifique de la méningite (sans dissociation entre les méningites bactériennes ou virales) semble revêtir une représentation très particulière au sein de la population, à savoir celle d'une maladie certes peu fréquente mais foudroyante, avec des risques de séquelles neurologiques irréversibles et un fort taux de mortalité (« input » à la vaccination). Les médias et les médecins relaient ainsi une image grave de la maladie.

Premièrement, la presse relaie davantage le risque d'épidémie que le risque lié directement à la vaccination contre le méningocoque C¹⁴, en comparaison aux effets d'autres vaccins (HPV par exemple). Ainsi, les articles accessibles au grand public évoquent régulièrement l'imprévisibilité de la maladie, alliée à son extrême gravité. Les descriptions faites du phénomène créent ainsi un climat anxigène propice à créer une adhésion du patient à un vaccin l'en protégeant. Comment les médecins, quant à eux, contrent-ils l'éventuel refus du patient, souvent plus lié au scepticisme à l'égard de la vaccination en général qu'à un vaccin anti-méningococcique assez peu connu ? C'est notamment l'exposé de l'équilibre bénéfices-risques qui revient de façon récurrente : l'argument principal est que la méningite consiste en une infection grave et mortelle. Comme en témoigne un médecin, "*afin de tenter de les convaincre, j'insiste sur le risque mortel lié à ce méningocoque et je fais en général référence au cas que j'ai rencontré et qui a été suivi du décès du patient*". Cet argumentaire "émotionnel"

¹⁴ L'inquiétante présence de la méningite de type C dans le Finistère - *Le Monde.fr* | 08.08.2014 à 12h06 • Mis à jour le 08.08.2014 à 12h18

délivré, les patients se montrent le plus souvent favorables à la vaccination, encore plus lorsqu'il s'agit d'un enfant. Le levier de culpabilisation pouvant alors être activé chez les parents comme acceptation de la vaccination. Le patient, mieux informé sur une maladie décrite comme gravissime, ne semble pas opposer de fortes marques de défiance ou de craintes relatives au vaccin contre le méningocoque C. Dès lors, l'argumentaire prend une tournure davantage rationnelle : le critère de gravité de la maladie est rempli, même si sa fréquence n'est pas tellement forte au sein de la population ; l'efficacité de traitements curatifs n'est pas prouvée tandis que celle du vaccin l'est. Enfin, le vaccin n'a pas donné lieu à des effets secondaires controversés.

On peut donc conclure que les résistances du patient sont mineures. Pour preuve, l'étude montre qu'à la question « *Un refus du patient vous est-il régulièrement ou souvent opposé?* », les médecins interrogés considèrent en majorité (environ 65 %) que les parents ou les patients auxquels ils proposent cette vaccination l'acceptent. Les facteurs de freins semblent majoritairement liés à la vaccination en général et assez peu ciblés sur le méningocoque C : effet cumulatif des scandales liés aux autres vaccins (peur des adjuvants, des effets secondaires), ou « désinformation » (qualifiée comme telle par les médecins généralistes).

Le remboursement, gage d'une adhésion de la population

Enfin, si les autorités de santé se sont mobilisées tardivement pour améliorer la couverture vaccinale en associant les patients, le remboursement du vaccin¹⁵ pour les patients ciblés par le calendrier vaccinal (de 12 mois à 24 mois avec rattrapage jusqu'à 24 ans) a constitué une étape décisive vers l'accroissement de la couverture vaccinale, du fait d'une meilleure adhésion du public concerné. Encore une fois, cette volonté de remboursement a un effet sur la représentation de la maladie, et donc corrélativement du vaccin qui en protège : en effet, cette démarche des pouvoirs publics induit l'idée que celui-ci est évidemment efficace, sans quoi ils ne prendraient pas la peine de le financer. D'autre part, au niveau individuel, le critère du remboursement est un argument économique non négligeable dans la décision du patient de se faire vacciner ou non : un patient qui doutait initialement de l'utilité de se faire vacciner (constat de la rareté de la maladie, malgré sa gravité) n'hésitera pas à se faire prescrire un vaccin qu'il ne financera pas. Ainsi, le patient est finalement très rarement à l'origine de la non-vaccination contre le méningocoque C : à la faveur de la proposition par son médecin

¹⁵ Arrêté du 28 décembre 2009 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

généraliste, ainsi que d'une éventuelle argumentation de celui-ci pour le convaincre des bénéfices, il n'oppose pas de refus.

Cette analyse opérée, il apparaît donc que c'est un autre maillon de la chaîne de vaccination, à savoir le médecin généraliste, qui concentre toute la difficulté d'un rôle d'acteur parfois trop passif. La grande majorité (67%) des parents d'enfants non-vaccinés déclare que le motif principal est l'absence de proposition du vaccin par le médecin traitant, éléments qui sous-tendent la complexité de l'application des recommandations.

2. Malgré une attitude favorable à la vaccination, le médecin généraliste peine à passer d'une posture de conseil à une posture de conviction

Un médecin généraliste globalement favorable à la vaccination contre le méningocoque C

Les médecins généralistes s'estiment informés de façon suffisante et pertinente à propos de la vaccination contre le méningocoque C. L'information des médecins généralistes est diversifiée. Elle emprunte principalement le canal de l'auto-formation, via des supports dédiés (revues, etc.) ainsi que le relais institutionnel. Plus que les informations provenant des laboratoires pharmaceutiques, qui peuvent apparaître comme partielles et orientées, l'information institutionnelle, réputée plus fiable, contribue à créer un rapport de confiance avec les professionnels de santé. Toutefois, cette assertion peut être relativisée dans la mesure où les médecins généralistes conservent une part d'autonomie dans leurs pratiques vaccinales, fortement individu-dépendante, et qui intègre un plus ou moins fort degré de perméabilité aux facteurs exogènes (crises sanitaires, gestion de pandémie, etc.)¹⁶. Les médecins généralistes semblent cependant porter un intérêt certain à la question de la vaccination. Les résultats du questionnaire font ressortir leur rôle proactif dans la mise à jour de leurs connaissances vaccinales. Le panel d'informations disponibles, qui semble répondre à leurs demandes et besoins, permet d'écarter l'idée selon laquelle un défaut de vaccination serait principalement lié à des réticences de la part des médecins généralistes, induites par un manque de formation ou par une méconnaissance du vaccin. Par ailleurs, au vu des résultats du questionnaire, la majorité des médecins généralistes semble convaincue de l'utilité ainsi que de l'opportunité de vacciner contre le méningocoque C. Une faible minorité d'entre eux y est hostile. Plus que d'éventuels intérêts industriels, ils y voient principalement un intérêt significatif en termes de santé publique. Cela s'explique notamment parce que l'extension de la couverture vaccinale permet

¹⁶ Etude et résultats, DREES, n° 910, mars 2015, p 3-4

de limiter le risque épidémique et de transmission par la diminution des porteurs sains. Outre la primauté de l'objectif de santé publique, la vaccination semble jouer un rôle en termes de protection individuelle. Ce rôle apparaît toutefois secondaire au regard de la faible prévalence de la maladie. De manière globale, les médecins mettent l'accent sur la dimension prophylactique de la vaccination contre le méningocoque C, certains citant même une forme de « *responsabilité sociétale* » en la matière.

Les médecins généralistes apparaissent convaincus de l'utilité de la vaccination contre le méningocoque C. Toutefois, s'ils ne remettent pas en cause l'utilité de la vaccination au regard des risques engendrés par les méningites ou septicémies à méningocoques, certains points de réticence relevés dans les résultats du questionnaire tendent à pointer plus spécifiquement certaines contraintes liées au vaccin. Ces questionnements apparaissent significatifs dans la mesure où ils peuvent contribuer à créer des doutes et produire à terme un effet désincitatif sur la vaccination.

Ces interrogations devront trouver des réponses institutionnelles afin de maintenir une forme de « dynamisme vaccinal » sur le territoire. Elles concernent notamment la pertinence objective du vaccin au regard de la prévalence d'autres types de méningites (exemple de la méningite à méningocoque B) ou l'efficacité du ciblage de population à risque (vaccination optimisée afin d'acquiescer une immunisation de groupe, question du rattrapage chez les adolescents et les jeunes adultes).

Un taux de couverture vaccinale malgré tout insuffisant

Malgré l'intégration de la vaccination au calendrier vaccinal et sa prise en charge par l'assurance maladie dès 2010, le taux de couverture reste insuffisant au regard des objectifs de santé publique : seuls 60% des enfants nés en 2009 ont reçu une dose de vaccin avant 2 ans¹⁷. C'est dans cette assertion que réside le paradoxe : il ne semble pas exister de corrélation entre le positionnement du médecin généraliste, favorable à la vaccination et éventuellement prescripteur, et un taux d'actes de vaccination effectifs qui reste in fine assez faible au regard de la maximisation du taux de couverture vaccinale. Les médecins généralistes ne sont pas hostiles au fait de proposer et de prescrire la dose de vaccin mais concrétisent finalement assez peu le processus, c'est-à-dire l'assurance de la réalisation de l'acte de vaccination en lui-même ainsi que son inscription dans le suivi médical du patient. Le défaut d'inscription de l'acte de

¹⁷ Source : INVS, <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/La-couverture-vaccinale-en-France>.

vaccination dans la continuité immédiate de la prescription du vaccin pourrait ainsi nuire à la réalisation effective de la vaccination et expliquer en partie ce paradoxe (« *Pour améliorer la couverture vaccinale, il faudrait que les médecins vaccinent* »). En effet, l'acte de vaccination est conditionné par une seconde consultation du patient, laissée finalement à sa seule initiative.

Une solution de maximisation de la couverture vaccinale serait une plus forte implication des pédiatres dans le processus de vaccination des enfants, population cible du vaccin. Certains médecins généralistes reconnaissent orienter les enfants vers les pédiatres concernant les questions relatives à la vaccination. Cela pose la question d'un glissement de compétences des médecins généralistes vers les pédiatres, médecins spécialistes (« *Pour améliorer la couverture vaccinale, les pédiatres devraient proposer le vaccin systématiquement* »). Cette assertion, qui semble inclure les médecins pédiatres de PMI, tend à déplacer la responsabilité liée au processus de vaccination des médecins généralistes vers les médecins spécialistes, qui seraient mieux à même d'enclencher le processus vaccinal et de le suivre chez le nourrisson et le jeune enfant. Cette hypothèse restreindrait de facto la population dont la vaccination resterait à l'initiative du médecin traitant, à savoir la population dite de rattrapage : adultes jusqu'à 24 ans et populations de voyageurs.

Cet argument soulève à la fois la question de la légitimité vaccinale du médecin généraliste sur la population cible ainsi que la question de leur responsabilité en la matière. Fortement contraints par un manque de temps lors des consultations, les médecins généralistes convaincus par la vaccination ne semblent pas toujours avoir les moyens de s'assurer de son effectivité (ils abordent le thème de la vaccination « *dès que possible* »), ce qui contribue à une forme d'irrégularité et d'hétérogénéité de leurs pratiques. Le pédiatre est réputé quant à lui avoir une pratique vaccinale plus systématique, notamment dans le cadre des visites obligatoires de PMI, et pourrait donc devenir l'acteur de référence de la vaccination contre le méningocoque C. Toutefois, ce glissement de compétences systématique vers le pédiatre n'exonérerait pas le médecin généraliste d'une forme d'obligation de moyens, conformément à l'article 35 du Code de déontologie médicale¹⁸, qui prévoit que le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Sa responsabilité civile pourra par conséquent toujours être recherchée en cas de défaut de conseil sur les questions liées à la vaccination.

¹⁸ Article R.4127-35 du code de la santé publique.

S'il semble indispensable que les pédiatres soient impliqués dans la chaîne vaccinale, il n'est toutefois pas envisageable de minorer le rôle du médecin généraliste sur les questions relatives à la vaccination, a fortiori dans des zones comptant une densité de pédiatres moindre. Ce dernier reste un acteur central de la vaccination contre le méningocoque C.

3. Pour investir une posture de conviction, le médecin généraliste doit devenir un acteur de la chaîne vaccinale à l'initiative de la proposition

Une large majorité (plus de 92%) des médecins interrogés estime que la recommandation officielle de vaccination contre le méningocoque C est justifiée. Toutefois, face au constat du rôle crucial du médecin généraliste comme acteur de la chaîne vaccinale, celui-ci doit avant tout pouvoir disposer des moyens d'adhérer et de faire adhérer à un acte vaccinal assumé et efficace.

La nécessité pour le médecin et le patient de disposer d'un meilleur outil de suivi de vaccination

Le médecin généraliste se heurte à la problématique du suivi vaccinal du patient. En effet, si l'outil du carnet de santé est privilégié lorsque le patient est enfant (utilisé par 95% des médecins interrogés), il trouve rapidement ses limites pour les jeunes adultes : carnet perdu, manque de suivi continu, méconnaissance des vaccins administrés dans le passé. L'utilisation du dossier médical du médecin, deuxième outil déclaré par les sondés, ne permet pas de continuité dans le suivi vaccinal, dans la mesure où il est propre à chaque cabinet et n'est pas forcément transféré en cas de changement de domicile ou de médecin traitant. Le dossier patient informatisé est quant à lui moins utilisé. Le carnet de vaccination électronique individualisé, s'il constitue un élément de sensibilisation, pâtit du fait qu'il ne bénéficie pas de ressort institutionnel et n'instaure aucune obligation de suivi. En effet, il repose uniquement sur l'initiative, la bonne volonté et l'investissement du patient, et n'offre aucune visibilité au médecin. Or, si le rôle des patients n'est pas à négliger, il n'est pas réaliste d'imaginer que tous puissent s'impliquer de manière aussi volontaire : la fonction active du médecin demeure indispensable. Dès lors, après l'enfance, aucun outil satisfaisant ne permet de savoir avec certitude quels vaccins le patient a reçus. La fonction de conseil du médecin et sa force de proposition étant donc de facto avortées. Le statut vaccinal du patient est bien souvent incertain ou inconnu. Ce simple biais handicapant la couverture vaccinale, il pourrait être souhaitable que les médecins bénéficient, par exemple, d'un carnet de vaccination électronique intégré à leur logiciel professionnel pour chaque patient.

La question de la généralisation de la vaccination contre le méningocoque C

De très nombreux médecins évoquent l'idée de rendre le vaccin obligatoire, en lieu et place de la simple recommandation officielle actuelle. Cette obligation serait ainsi un moyen efficace de prouver l'importance du vaccin. Cette hypothèse conforte l'idée selon laquelle un vaccin paraît plus légitime lorsqu'il est obligatoire : les patients lui font alors plus confiance et opposent moins de résistance à la vaccination. Loin du cabinet du médecin de famille ou du pédiatre, cette vaccination obligatoire pourrait alors être effectuée chez les enfants à l'école, pour éviter de manière préventive tout risque de transmission en cas de déclenchement d'épidémie. Enfin, comme ceci a déjà été évoqué, la limite des 24 ans pour le remboursement du vaccin occasionne des risques de contagion qui ne surviendraient pas si on rattrapait toute la population en remboursant peu importe l'âge. La mise en place d'un remboursement systématique viendrait par ailleurs confirmer l'intérêt sanitaire et collectif du vaccin de la part des pouvoirs publics, renforçant le rôle déterminant du médecin et améliorant par là-même la couverture vaccinale.

La modification de la composition du vaccin pour le rendre plus attractif permettrait de prendre le contrepied du dénigrement du vaccin

Sachant qu'une certaine méfiance est entretenue dans les médias sur la composition des vaccins et leurs éventuels effets secondaires, plusieurs médecins évoquent la nécessité de changer les constituants du vaccin, notamment ses adjuvants : par exemple, enlever l'aluminium et le remplacer par du sel de calcium¹⁹. Ainsi, les médecins étant eux-mêmes sensibles à cette controverse scientifique, ils manquent parfois de confiance pour assurer leurs patients de la sécurité des vaccins et leur expliquer le rôle des adjuvants. Seule une infime minorité de médecins interrogés (quatre) au cours de l'étude n'est pas sûre de la position à adopter ("*Ne sait pas*") quant à l'intérêt de la vaccination contre le méningocoque C, mais ces praticiens n'en restent pas moins symboliques d'une médecine qui doute, même après de longues années d'exercice, de l'équilibre bénéfices/risques du vaccin. Son utilité (faible risque de maladie) en termes de santé publique ou individuelle ne serait pas évidente face au manque de recul qu'ont les autorités "*pour l'instant*" (du fait de l'introduction récente dans le calendrier vaccinal). Ce reliquat de scepticisme est susceptible de contribuer à l'insuffisance de la vaccination contre le

¹⁹ En effet, l'aluminium qui permet de "stimuler" l'immunité, est parfois soupçonné de favoriser des affections dégénératives comme la maladie d'Alzheimer et la myofasciite à macrophages (affection caractérisée par des douleurs musculaires invalidantes).

méningocoque C, encore peu connue. L'enquête 2015 de la DREES confirme ainsi que le fait d'exprimer des doutes à l'égard des vaccins est associé à des comportements de recommandations moins régulières²⁰. Les médecins doutant eux-mêmes des effets ne sont pas enclins à recommander. Les premiers à convaincre sont donc avant tout les médecins, par cette amélioration de la composition vaccinale qui les rendraient moins frileux à la proposition.

Enfin, un dernier axe de réflexion évoqué en faveur d'une meilleure couverture vaccinale est celui de l'accessibilité du vaccin. Si la disponibilité des stocks en pharmacie pose rarement problème, repenser la temporalité de l'acte vaccinal pourrait être judicieux pour s'adapter aux contraintes de travail des médecins. Ainsi, la mise en place de vaccins en stock dans les cabinets médicaux, à l'image de ce qui se fait en Allemagne, pourrait être un point stratégique déclencheur d'un regain de réactivité dans l'acte vaccinal. En effet, même sans désaccord franc des parents lors de la prescription, les vaccins restent souvent oubliés dans les réfrigérateurs, ou non cherchés en pharmacie, poussant ainsi certains médecins à caractériser ce "refus" de vaccination comme passif. Comme le souligne un médecin interrogé, avoir quelques vaccins en stock permet parfois de vacciner de façon immédiate, de manière à maximiser et optimiser le temps de consultation. Dans tous les cas, la perception des médecins généralistes interrogés incite à engager une réflexion sur leur rôle de pivot dans la couverture vaccinale : pour améliorer celle-ci, il s'agit d'encourager en eux une posture proactive incarnant l'adhésion réelle au projet vaccinal.

4. La nécessité de développer et de renforcer la communication entre les acteurs de la petite enfance

Au-delà de l'attitude du médecin généraliste, de nombreux acteurs de la petite enfance jouent un rôle crucial concernant la vaccination contre le méningocoque C et influent alors sur le taux de couverture vaccinale. A ce titre, il convient de pouvoir inscrire le calendrier vaccinal dans un réseau d'acteurs en renforçant notamment le dialogue entre ces derniers. Le médecin généraliste demeure toutefois au cœur du dispositif de vaccination et y joue le rôle pivot que nous avons décrit précédemment. Notre étude nous a permis de mettre en exergue à la fois l'importance et le manque de la communication concernant le vaccin contre le méningocoque C. Selon les médecins généralistes (environ 46%), cette carence dans l'information serait la principale cause d'une couverture maximale non satisfaisante.

²⁰ DREES, *Études et résultats* n° 910, mars 2015

Conformément au calendrier vaccinal 2015, la vaccination contre le méningocoque C est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 11 mois avec une seule dose. Une co-administration avec la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole peut être possible. Un rattrapage est prévu jusqu'à l'âge de 24 ans pour les personnes n'ayant pas été vaccinées auparavant. Toutefois, le rattrapage n'est envisagé que pour quelques années afin de permettre l'installation rapide d'une protection collective. Ainsi, ce vaccin concerne prioritairement les nourrissons âgés de 11 mois. Les professionnels de la petite enfance, sont donc concernés au premier plan par les exigences de ce calendrier vaccinal et doivent intervenir aux côtés des médecins généralistes face à cette vaccination. Il ressort de notre étude que ces derniers abordent très régulièrement ce sujet avec leurs patients. Néanmoins, on peut constater qu'une méconnaissance de la maladie persiste chez les parents, les médecins généralistes ne pouvant supporter à eux seuls la politique de vaccination. Dans un contexte de faible taux de couverture vaccinale du méningocoque C sur le territoire, l'aide des différents acteurs intervenant dans le champ de la petite enfance apparaît alors indispensable : enseignants, éducateurs spécialisés, assistants maternels etc. La mobilisation de chacun devient un enjeu afin d'avoir une information transparente et honnête. Dans certains territoires, à l'instar du Finistère où les cas d'infection à méningocoque C sont plus nombreux que la moyenne nationale, l'ARS intervient de manière proactive dans la promotion de ce vaccin. Toutefois, ces actions ne sont efficaces que si elles sont relayées au sein des écoles et des crèches, lieux privilégiés de passage d'informations vers les parents. La PMI doit également jouer un rôle dans l'amélioration du taux de couverture vaccinale de par sa mission de protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Egalement, le rôle joué les parents ne doit pas être occulté. En effet, ils sont au premier plan de ce dispositif et doivent pouvoir être informés des risques d'une infection à méningocoque C et de l'existence d'un vaccin contre cette maladie mortelle. In fine, c'est sur eux seuls que repose la décision de vacciner leur enfant. Une information claire et transparente sur le vaccin permettra de renforcer le taux de couverture dans un souci de protection individuelle mais également collective. Il ne s'agit pas de les inciter « aveuglément » à la vaccination, mais bien de leur délivrer une information loyale les convaincant des bienfaits et de la nécessité de vacciner leur enfant. Au-delà, les parents doivent pouvoir être un relais de l'information à l'instar des « patients-experts ». Par une connaissance précise du vaccin, de la maladie, et des risques liés à ces derniers, ils pourront échanger avec d'autres parents, les informer, et les conseiller face à l'importance de cette vaccination et la dangerosité de la maladie. On est ainsi dans une logique de témoignage sous forme de discussions informelles qui donnent un souffle nouveau à l'information parfois jugée trop institutionnelle donnée par les médecins généralistes, les l'ARS ou les ministères.

Conclusion

Il ressort de cette étude que ce sont rarement les médecins généralistes qui constituent les freins conscients et volontaires à la vaccination contre le méningocoque C, ou qu'en tout cas ils ne sont pas totalement maîtres des ressorts de cette couverture vaccinale.

S'agissant de ce vaccin en particulier, il apparaît clairement que le pouvoir d'agir est placé du côté des pouvoirs publics : mieux impliquer les médecins généralistes en les formant, communiquer des informations transparentes auprès d'un public plus éclairé, et réorganiser l'offre de vaccination pour la rendre plus efficace sont des points perçus comme majeurs par les médecins interrogés.

Toutefois, selon ces derniers, l'effet "rattrapage" permis par le calendrier vaccinal jusqu'à 24 ans, ainsi que la généralisation effective de la proposition de vaccination aux enfants dès 11 mois, induira automatiquement l'amélioration de la couverture vaccinale, voire son extension à la majeure partie de la population d'ici quelques années.

Bibliographie

Articles – revues scientifiques

- ADSP n° 71. « Les vaccinations », juin 2010.

- AUBERT L. et al. - « Serogroup C invasive meningococcal disease among men who have sex with men and in gay-oriented social venues in the Paris region : July 2013 to December 2014 », 22 janvier 2015.

- BENICHOU J. et al. « From tailor-made to ready-to-wear meningococcal B vaccines : longitudinal study of a clonal meningococcal B outbreak », *The Lancet Infectious Diseases Medical Journal*, publication en ligne, 12 avril 2011.

- COLLANGE F. et al. « Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes ». *Etudes et résultats*, mars 2015, n° 910, p. 1-8.

- COUDEVILLE L. « Comportement individuel en matière de vaccination. Une approche bayésienne » - *Revue économique*, 2004, Vol. 55, p. 745-765.

- GAGNIERE B. et al. « Estimation de la couverture vaccinale contre le méningocoque C dans le Finistère chez les personnes âgées de 1 à 24 ans à partir des données agrégées de remboursement » - *BEH n°8-9*, 19 mars 2013, p. 83-85.

- SARDY R. et al. - 2012 - « Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée » - *Santé Publique* - Vol. 24, p. 547-560.

Avis

- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), « Avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination », 13 mars 2013 et 6 mars 2014.

- Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP), « *Avis relatif aux recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)* », 7 novembre 2014.

Rapports et guides

- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 25 mai 2012, *Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017*.

- Rapport DREES, mars 2015, « *Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes* ».

- Rapport d'information de M. Georges LABAZÉE, fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, 9 octobre 2012.

- TROTTER et MAIDEN, 2009. *Expert Review on Vaccines*. «Meningococcal vaccines and herd immunity lessons learned from serogroup C conjugate vaccination programmes».

- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), février 2009, «*Vaccinations - guide pratique pour le médecin*».

- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), 2012, « *Guide des vaccinations* ».

Sites Internet

- Haut conseil de la santé publique (2009). « Avis relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de séro groupe C ». Disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=72>.

- Institut de Veille Sanitaire. « Données sur la couverture vaccinale pour le vaccin conjugué contre le méningocoque C ». Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-preventionvaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Meningocoque-C>

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2012). *Programme national d'amélioration de la politique vaccinale*. Disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_d_amelioration_de_la_politique_vaccinale_2012-2017_2_.pdf

- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Flyer d'information sur la vaccination contre le méningocoque C. Disponible sur Internet : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1468>

Liste des annexes

Annexe 1 : Programme de travail

Annexe 2 : Lettre présentation du projet aux médecins généralistes

Annexe 3 : Questionnaire

Annexe 4 : Calendrier vaccinal

Annexe 5 : Évolution du nombre de cas d'infections invasives à méningocoque de sérogroupes B, C, W135 et Y déclarés en France, 1885- 2009

Annexe 6 : Extrait de la nouvelle recommandation Méningocoque C

Annexe 7 : Croisement des données issues du questionnaire avec les réponses des médecins sur leur connaissance des recommandations vaccinales

Annexe 1 : MIP – Programme de travail

Semaine 1 – du 27 avril au 03 mai

- Élaboration tableau de déplacements
- Recherches documentaires sur la vaccination et les médecins généralistes (études, rapports...)
- Détermination d'un sujet précis : choix d'un type de vaccin (méningocoque C)
- Discussion sur les thèmes à aborder
- Élaboration d'une grille d'entretien à destination des médecins généralistes
- Détermination de la méthode concernant la prise de contact avec les médecins
- Rédaction de la problématique
- Répartition de la charge de travail : division en sous-groupes
- Validation du questionnaire réalisé par un expert en vaccination (Professeur Partouche)
- Mise en ligne sur Google Drive du questionnaire
- Rédaction d'un plan en quatre parties
- Prise de rendez-vous pour les entretiens avec les médecins

Semaine 2 – du 04 au 10 mai

- Appels auprès des cabinets médicaux pour obtenir les mails des médecins pour envoi du questionnaire
- Envoi des questionnaires par mail
- Entretiens avec les médecins (de visu ou par téléphone), dans différentes régions

Semaine 3 – du 11 au 15 mai

- Restitution des questionnaires en ligne
- Analyse statistiques des réponses au questionnaire
- Retour en groupe sur les entretiens et les difficultés rencontrées
- Rédaction du rapport

Annexe 2 : Lettre présentation du projet aux médecins généralistes

Objet : EHESP de Rennes/ QUESTIONNAIRE RELATIF A L'APPROCHE VACCINALE DES MEDECINS GENERALISTES/

Bonjour,

Ce questionnaire, rédigé par les élèves de l'Ecole des Hautes en Santé Publique (<http://www.ehesp.fr>), a pour objectif d'appréhender vos pratiques concernant la **vaccination non obligatoire**.

Notre démarche vise à recueillir des données relatives à votre expérience professionnelle ainsi que vos attentes concernant la mise en œuvre des politiques vaccinales.

En cela, notre questionnaire constitue une approche différenciée des enquêtes institutionnelles pour lesquelles vous avez peut-être déjà été sollicité.

Par souci d'exhaustivité, nous avons choisi de nous intéresser uniquement au **vaccin contre le méningocoque C**.

L'enquête ne vous prendra que **quelques minutes**. Elle est disponible à partir du lien suivant :

<http://goo.gl/forms/pIR0gQmfF8>

Dans le cadre de cette investigation, nous profitons d'un accompagnement du **Docteur Judith MUELLER**, médecin épidémiologiste et professeur à l'EHESP (judith.mueller@ehesp.fr) qui se tient à votre disposition pour d'éventuelles questions ou commentaires. Vous pourrez, si vous le demandez, être destinataire du projet final après notre soutenance prévue fin juin.

Un retour sur votre pratique en matière de vaccination constitue pour nous un éclairage précieux afin de mener à bien nos travaux.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre requête.

Bien cordialement,

Les élèves de l'EHESP,

Promotions 2015-2016,

Groupe de module interprofessionnel « Médecins généralistes et vaccination »



Jeanne BABY, élève *Inspectrice de l'action sanitaire et sociale*

Véronique CAYOL-BRONDINO, élève *Médecin inspecteur de santé publique*

Louise DELAGE, élève *Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social*

Raphaëlle EYRAUD, élève *Attachée d'administration hospitalière*

Sylvaine KEROUAULT, élève *Directrice d'hôpital*

Virginie LEBRIS, élève *Ingénieure d'études sanitaires*

Christine MORICEAU, élève *Directrice des soins*

Audrey PALAUD, élève *Inspectrice de l'action sanitaire et sociale*

Thomas ROBIN, élève *Directeur d'hôpital*

Lauriane SLADEK, élève *Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social*

Léonard WENDLING, élève *Attaché d'administration hospitalière*

Annexe 3 : Questionnaire

1-Vos sources d'informations professionnelles concernant la vaccination contre le méningocoque C

1.1- Avez-vous déjà rencontré des cas de méningites ou septicémies à méningocoque ?

- Oui
- Non

1.2-Pensez-vous être suffisamment informé sur cette vaccination ?

- Oui
- Non

1.3-Quelles sont vos sources d'informations professionnelles concernant cette vaccination?

Plusieurs réponses sont possibles.

- DPC
- Les laboratoires pharmaceutiques
- Réseau professionnel (collègues, sites spécialisés, etc.)
- Auto-formation (revues, etc.)
- Information institutionnelle (ministère, HAS, ARS, Inserm, ordre des médecins, etc.)

2-Votre pratique concernant la vaccination contre le méningocoque C

2.1-D'une manière générale, êtes-vous favorable à ce vaccin ?

- Très favorable
- Favorable
- Pas favorable
- Ne sait pas

2.2 En matière de vaccination contre le méningocoque C, un refus du patient vous est-il régulièrement ou souvent opposé ? Si oui, pour quelles raisons ?

- Oui
- Non

Quelles explications donnez-vous pour tenter de le convaincre ?

Précisez :

2.3- Outre un éventuel refus, pourquoi ne vaccinez-vous pas contre le méningocoque C ?

Plusieurs réponses sont possibles.

- Effets secondaires
- Prix
- Manque de confiance
- Inefficacité
- Inutilité (faible risque de la maladie)

Précisez:

2.4- Avez-vous déjà rencontré des difficultés concernant la disponibilité du vaccin contre le méningocoque C (rupture de stocks) ?

- Oui
- Non

2.5- A quel âge et à quelle population spécifique proposez-vous la vaccination contre le méningocoque C ?

2.6-Abordez-vous systématiquement la question de la vaccination contre le méningocoque C avec les parents qui ont des enfants entre 12 et 24 mois ?

- Oui
- Non

2.7-Abordez-vous la question du rattrapage entre 2 et 24 ans ?

- Oui
- Non

2.8- A votre avis, quelle est la justification du rattrapage ?

2.9- D'autre part, quel type de vaccin non obligatoire recommandez-vous ?

- HPV

Hépatite B

Autre

3-Vos propositions concernant l'amélioration du taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C

3.1- Quel(s) outil(s) de suivi de vaccination du patient utilisez-vous?

Carnet de santé

Dossier informatisé du patient

Carte de vaccination

Dossier du médecin (papier ou fichier dématérialisé)

Autre

3.2- Ce vaccin vous semble-t-il utile en termes de santé publique et/ou de protection individuelle ?

3.3-Ce vaccin répond-il selon vous à une exigence de santé publique ou à des objectifs industriels ?

3.4-Pensez-vous que la recommandation officielle de vacciner contre le méningocoque C est justifiée?

3.4.1-Si oui, pourquoi ?

Intérêt en termes de protection collective

Intérêt en termes de protection individuelle

Autre

3.4.2-Si non, pourquoi ?

Respect du libre choix du patient / parent / représentant légal de l'enfant

Non justifié du point de vue de l'équilibre bénéfices/risques

Autre

3.5-Selon vous, pourquoi une couverture vaccinale insuffisante pose-t-elle problème avec ce vaccin ?

3.6- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer le taux de couverture vaccinale du méningocoque C ?

4-Votre profil

4.1-Depuis combien d'années exercez-vous en libéral ?

4.2-Age : 25-35 ans 35-45 ans 45-55 ans 55-65 ans +65 ans

4.3-Sexe : Femme Homme

4.4 -Région :

4.5-Zone géographique : Rurale Semi-rurale Urbaine

4.6-Mode d'exercice : Individuel Cabinet partagé Maison de santé

4.7-Pratiquez-vous la médecine à exercice particulier? Oui Non

4.8-Nombre de patients par semaine (approximativement) ?

4.9-Nombre de prescriptions de vaccination par semaine (approximativement) ?

4.10-Nombre d'actes de vaccination par semaine (approximativement) ?

4.11-Quel est votre secteur conventionnel d'activité ? : Secteur 1 Secteur 2

Merci d'avoir répondu à cette enquête

Annexe 4 : Calendrier vaccinal

Tableau des vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2015

Vaccins contre :		Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11 - 13 ans	15 ans	16-18 ans
Recommandations générales	Diphtérie (D), Tétanos (T), coqueluche acellulaire (Ca), Poliomyélite (P)		DTCaP	DTCaP	DTCaP			DTCaP			
	<i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)		Hib	Hib	Hib						
	Hépatite B (Hep B)		Hep B	Hep B	Hep B						
	Pneumocoque (PnC) ¹		PnC	PnC	PnC						
	Méningocoque C (vaccin conjugué)					MnC					
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)					ROR 1	ROR 2				
	diphtérie (d), Tétanos (T), coqueluche acellulaire (ca), Poliomyélite (P) ²								dTcaP		
Papillomavirus humains (HPV) chez jeunes filles								vaccin quadrivalent (11/13 ans) et vaccin bivalent (11/14 ans) : 2 doses (0, 6 mois)			
Rattrapage	Hépatite B						3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou, de 11 à 15 ans révolus, 2 doses selon le schéma 0, 6 mois ³				
	Méningocoque C (vaccin conjugué)						1 dose jusqu'à 24 ans ⁴				
	Papillomavirus humains (HPV) chez jeunes filles								3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou 0, 2, 6 mois (jeunes filles de 14 ou 15 à 19 ans révolus) selon le vaccin utilisé		
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)								2 doses à au moins 1 mois d'intervalle si pas de vaccin antérieur ; 1 dose si une seule dose vaccinale antérieure		

Vaccins contre :		Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11 - 13 ans	15 ans	16 - 18 ans	
Populations particulières et à risque	Tuberculose (BCG)	1 dose recommandée dès la naissance si enfant à risque élevé de tuberculose ⁵										
	Grippe	1 dose annuelle si personne à risque ⁶ , à partir de l'âge de 6 mois										
	Hépatite A	2 doses selon le schéma 0, 6 mois si exposition à des risques particuliers ⁷ , à partir d'un an										
	Hépatite B	Nouveau-né de mère Ag HBs positif ⁸ 3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois										3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois si risques ⁹
	Méningocoque B (si risque particulier ¹⁰)	Entre 2 et 5 mois , 3 doses espacées d'un mois et rappel entre 12 et 23 mois. Entre 6 et 11 mois , 2 doses espacées de 2 mois et rappel entre 12 et 24 mois. Entre 12 et 23 mois , 2 doses espacées de 2 mois et rappel 12 à 23 mois plus tard. Entre 2 et 10 ans , 2 doses espacées de 2 mois						À partir de 11 ans : 2 doses espacées d'un mois				
	Méningocoque C (si risque particulier ou au contact d'un cas)	2 doses (plus rappel au cours de la 2 ^e année de vie) ¹¹		1 dose au contact d'un cas ¹¹								
	Méningocoque ACYW (si risque particulier ou au contact d'un cas)	1 dose ¹² à partir de l'âge d'un ou 2 ans selon l'AMM du vaccin utilisé										
	Pneumocoque	Prématurés et enfants à risque ¹³ : 1 dose de Pn conj à 2, 3 et 4 mois et rappel à 11 mois				Si à risque, entre 24 à 59 mois ¹⁴ : 1 dose de Pneumo 23 (si non vaccinés antérieurement : 2 doses de Pn conj puis 1 dose de Pneumo 23)		Si risque à partir de 5 ans ¹⁵ : 1 dose de Pn conj suivie 8 semaines après d'une dose de Pneumo 23				
Varicelle	2 doses chez des enfants contacts de personnes à risque ou candidats à une greffe ¹⁶						2 doses chez adolescents ¹⁷ de 12 à 18 ans sans antécédent et sérologie négative (sérologie facultative)					

Tableau des vaccinations recommandées chez les adultes en 2015 (en dehors des vaccinations réalisées en milieu professionnel)

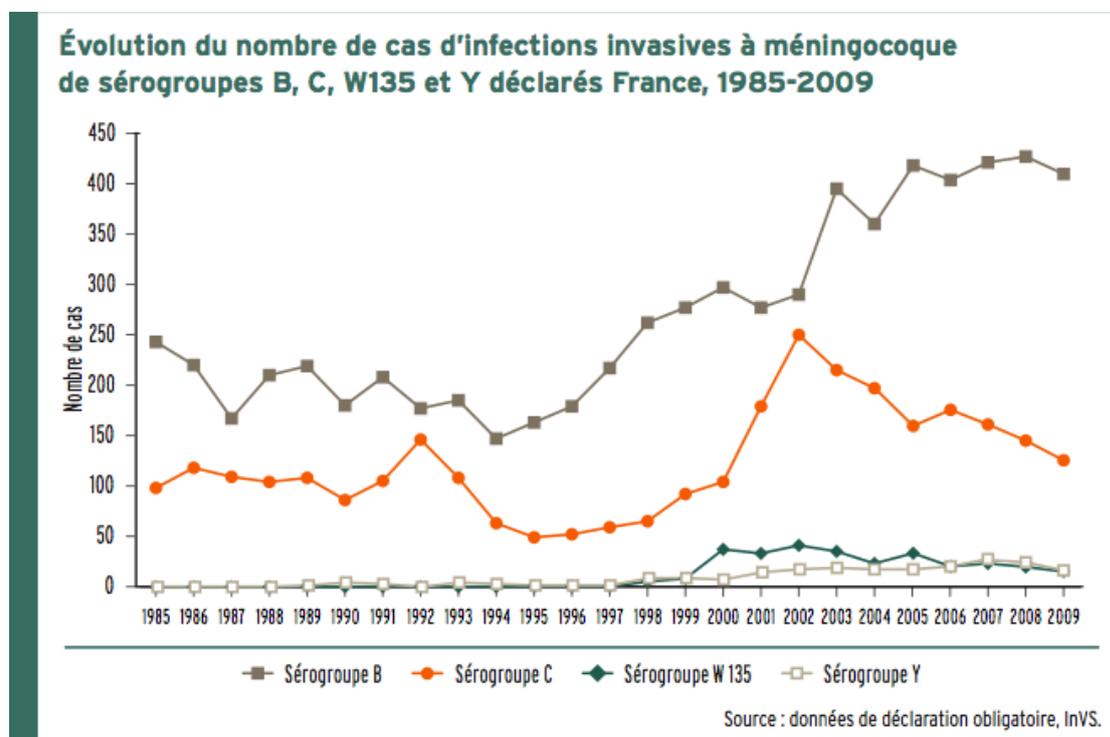
	Vaccins contre :	18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	> 65 ans
Recommandations générales	Diphthérie (D), Tétanos (T), Poliomyélite (P) Coqueluche acellulaire (ca) Grippe		Rappel dTcaP ¹ ou dTP si dernier rappel de dTcaP < 5 ans		Rappel dTP	Rappel dTP	Rappel dTP à 75, 85 ans...
	Coqueluche acellulaire (ca)		1 dose dTcaPolio chez l'adulte jusqu'à 39 ans révolus, n'ayant pas reçu de rappel à 25 ans			1 dose annuelle	
Rattrapage	Méningocoque C (vaccin conjugué)	1 dose ²					
	Papillomavirus humains (HPV) chez jeunes femmes	3 doses selon le schéma 0, 1, 6 mois ou 0, 2, 8 mois (jeunes femmes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus)					
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Atteindre 2 doses au total chez les personnes nées depuis 1980					
	Rubéole				1 dose de ROR chez les femmes non vaccinées		
Populations particulières et à risque	Coqueluche acellulaire (ca)	Cocooning ³ : Personnes non vaccinées depuis l'enfance : 1 dose de dTcaPolio ¹ . Pour les personnes antérieurement vaccinées à l'âge adulte et à nouveau en situation de cocooning, revaccination si la dernière dose de vaccin coquelucheux date de plus de 10 ans (délai minimal d'un mois entre 1 dose de dTPolio et 1 dose de dTcaPolio)					
	Grippe	1 dose annuelle si risque particulier ⁴					
	Hépatite A	2 doses selon le schéma : 0, 6 mois si exposition à un risque particulier ⁵					
	Hépatite B	3 doses selon le schéma : 0, 1, 6 mois si exposition à un risque particulier ⁶ . Pour certains cas particuliers, cf. infra ⁷					
	Méningocoque ACYW (conjugué)	1 dose au contact d'un cas ⁸					
	Méningocoque B	2 doses à un mois d'intervalle chez les personnes ayant un déficit en complément ou en properdine, recevant un traitement anti-C5A ou aspléniques et chez les personnes ayant reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques					
	Pneumocoque	Pour les adultes à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque ⁹ , voir les différents schémas vaccinaux et tableau (paragraphe 2.11)					
Varicelle	2 doses ¹⁰ si risque particulier						

Calendrier de rattrapage en 2015 des vaccinations de base recommandées pour les enfants à partir d'un an, les adolescents et les adultes jamais vaccinés

Âge des personnes jamais vaccinées	Vaccins contre :	Personnes concernées	Schémas de vaccination et délais minimum entre les doses	Rappel suivant	Nombre total de doses
1 - 5 ans					
	Diphthérie (D), Tétanos (T), Polio (P), Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	6-7 ans (ou ≥ 2 ans après le premier rappel)	4
	<i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib)	Tous			1
	Hépatite B	Tous	0, 1 ou 2 mois, 6 mois		3
	Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
	Pneumocoque (vaccin conjugué)	Enfants âgés de 12 à 23 mois	0, 2 mois (intervalle d'au moins 2 mois entre les doses)		2
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2
6 - 10 ans					
	Diphthérie (D), Tétanos (T), Polio (P), Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	11-13 ans (ou ≥ 2 ans après le premier rappel)	4
	Hépatite B	Tous	0, 1 ou 2 mois, 6 mois		3
	Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2

Age des personnes jamais vaccinées Vaccins contre :	Personnes concernées	Schémas de vaccination et délais minimum entre les doses	Rappel suivant	Nombre total de doses
11 - 15 ans				
D T Polio Coqueluche acellulaire (Ca)	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	À 25 ans : dTcaPolio	4
Hépatite B	Tous	0, 6 mois		2
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous			1
Papillomavirus (HPV)	Toute jeune fille de 11 à 14 ans révolus	0, 6 mois / 0, 1, 6 mois / 0, 2, 6 mois, selon âge et vaccin utilisé		2 ou 3
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous	0, 1 mois		2
≥ 16 ans				
d T Polio (d) ¹ 1 ^{ère} dose avec ca ²	Tous	0, 2 mois, 8-12 mois	À 25 ans : dTcaPolio ou dTPolio si dernier ca < 5 ans	4
Méningocoque C (vaccin conjugué)	Tous jusqu'à l'âge de 24 ans révolus			1
Papillomavirus (HPV)	Jeunes femmes de 15 à 19 ans révolus	0, 1 ou 2 mois, 6 mois selon âge et vaccin utilisé		3
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Tous nés depuis 1980	0, 1 mois		2
Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R) ³	Femmes nées avant 1980 en âge de procréer			1

Annexe 5 : Évolution du nombre de cas d'infections invasives à méningocoque de sérogroupes B, C, W135 et Y déclarés en France, 1985- 2009



Annexe 6 : Extrait de la nouvelle recommandation Méningocoque C

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de séro groupe C

Séances des 24 avril et 26 juin 2009

En octobre 2002, le Comité technique des vaccinations (CTV) a considéré qu'il n'y avait pas lieu de recommander la vaccination généralisée par le vaccin conjugué contre le méningocoque C aux nourrissons, enfants, adolescents ou adultes jeunes compte tenu [1] :

- du taux considéré alors comme faible (0,3/100 000 habitants en 2001, 0,4/100 000 après correction pour la sous-notification) des infections invasives à méningocoque du séro groupe C (IIM C) en France par comparaison avec les pays d'Europe qui avaient mis en place une vaccination généralisée [2] ;
- de l'incertitude sur un éventuel déplacement des sérogroupe sous l'effet de la vaccination ;
- de la variabilité des taux d'incidence des IIM C d'une région ou d'un département à l'autre.

En conséquence, la vaccination contre le méningocoque de séro groupe C n'est recommandée en France que pour les groupes à risques suivants :

- enfants souffrant de déficit en fraction terminale du complément, en properdine ou ayant une asplénie anatomique ou fonctionnelle ;
- sujets contacts d'un cas d'infection invasive à méningocoque de séro groupe C
- sujets vivant dans les zones délimitées où l'incidence du méningocoque du séro groupe C est particulièrement élevée [4].

Epidémiologie actuelle des infections invasives à méningocoque du séro groupe C en France.

Les IIM sont dues dans plus de 99% des cas aux souches des sérogroupe A,B,C,Y et W135 et sur les vingt-deux dernières années, le séro groupe B est resté le plus fréquent, en moyenne 63% parmi les sérogroupe connus (Figure 1). Les souches de groupe C ne représentent que 25 à 30% des IIM. Le nombre moyen annuel de cas notifiés par la déclaration obligatoire au cours EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

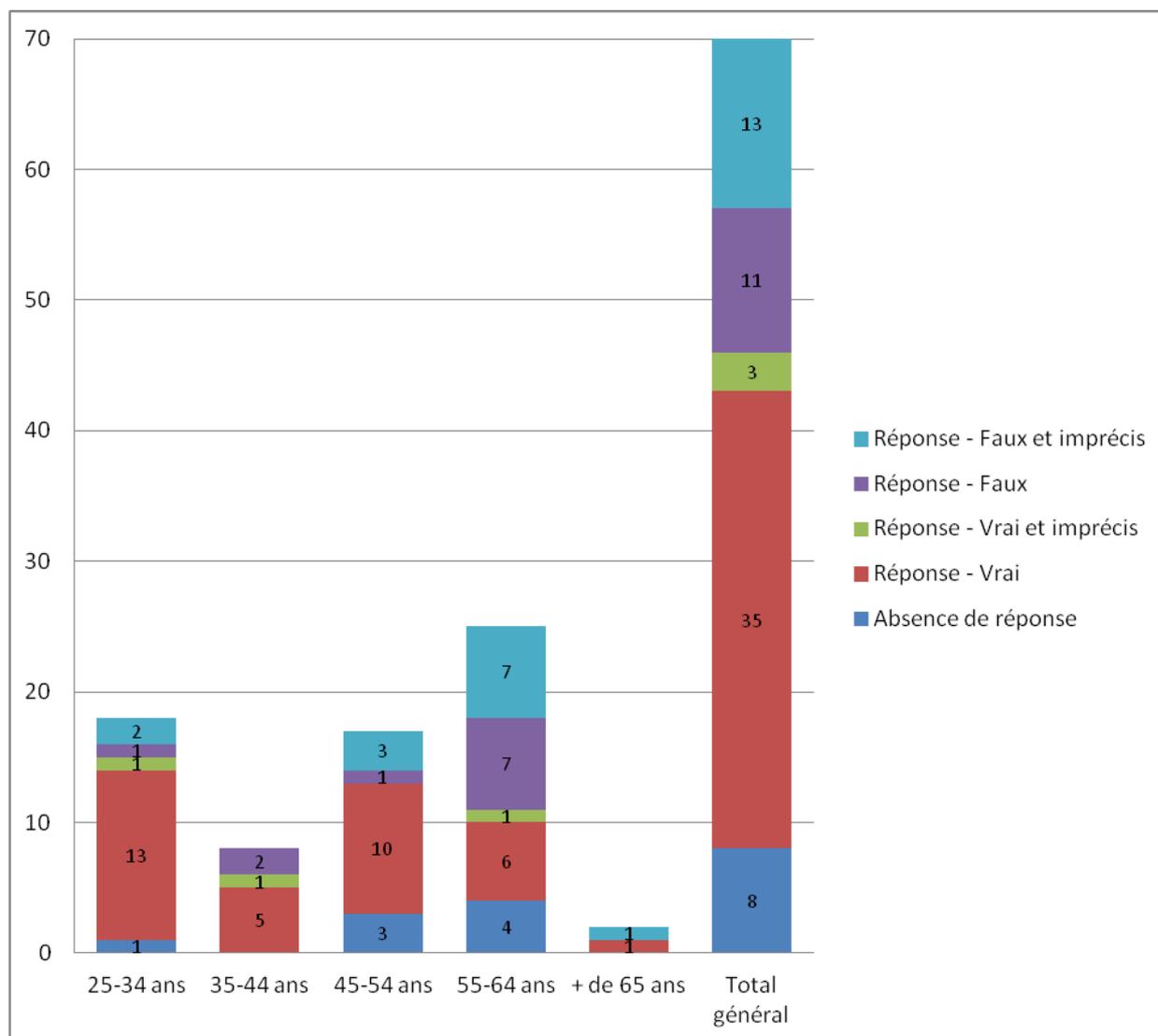
des six dernières années (2003-2008) est de 175. Cependant, la fréquence des souches invasives C connaît d'importantes fluctuations cycliques : un pic d'incidence est survenu en 1992 puis un second en 2002, année au cours de laquelle le taux d'incidence a atteint 0,42/ 100 000 (0,53 après correction pour sous-notification). Le sérotype C représentait alors respectivement 42% et 38% des souches invasives identifiées au Centre national de référence des méningocoques (CNR). Entre 2002 et 2005, le nombre et le pourcentage d'IIM C ont progressivement diminué puis se sont stabilisés en 2006 et 2007 pour rediminuer légèrement en 2008. L'incidence des IIM C corrigée pour la notification a été stable entre 2005 et 2007 et était de 0,29/ 100 000 en moyenne selon les données de déclaration obligatoire. En 2008, l'incidence des IIM C corrigée pour la sous-notification a été estimée à environ 0,26/100 000 (données provisoires) et les souches de groupe C ont représenté 23 % des souches invasives identifiées au CNR.

Annexe 7

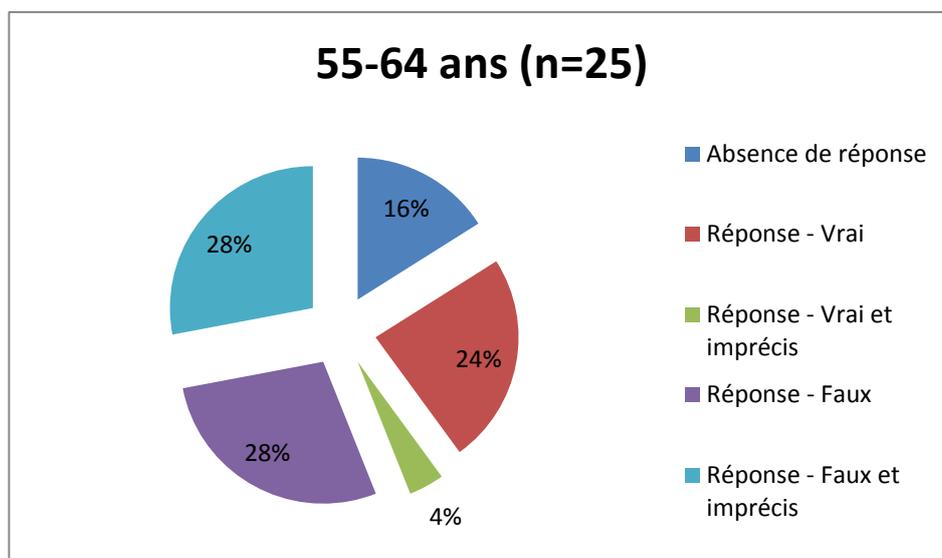
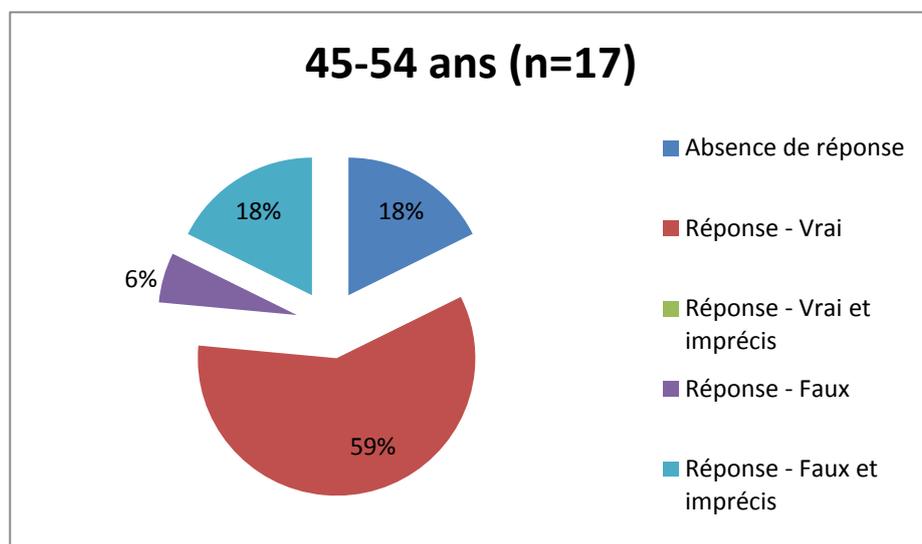
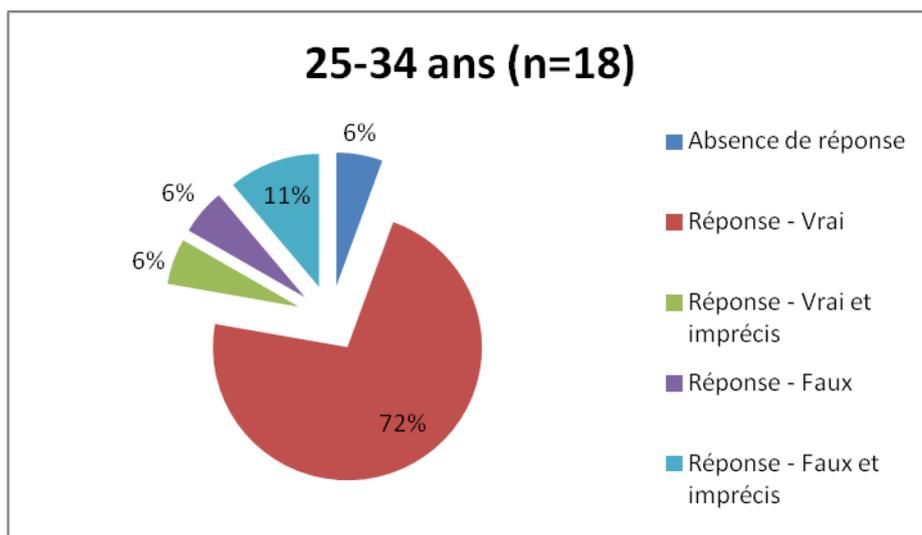
Croisement des réponses à la question 2.5 « A quel âge et à quelle population spécifique proposez-vous la vaccination contre le méningocoque C ? » évaluant la connaissance des recommandations vaccinales des médecins avec différentes données du questionnaire.

Répartition des réponses de l'échantillon en fonction de l'âge des participants (N)

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis
25-34 ans	1	13	1	1	2
35-44 ans		5	1	2	0
45-54 ans	3	10	0	1	3
55-64 ans	4	6	1	7	7
+ de 65 ans		1	0	0	1
Total général	8	35	3	11	13

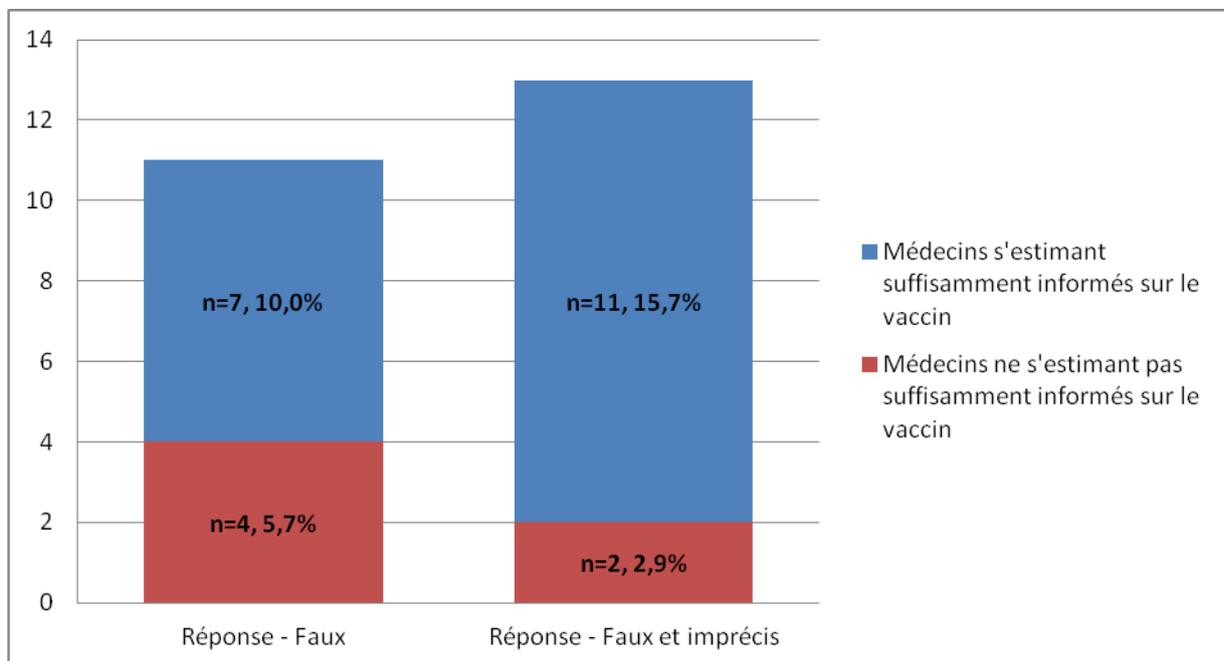


Répartition des réponses de l'échantillon en fonction de l'âge des participants (N) sur les trois catégories les plus représentées



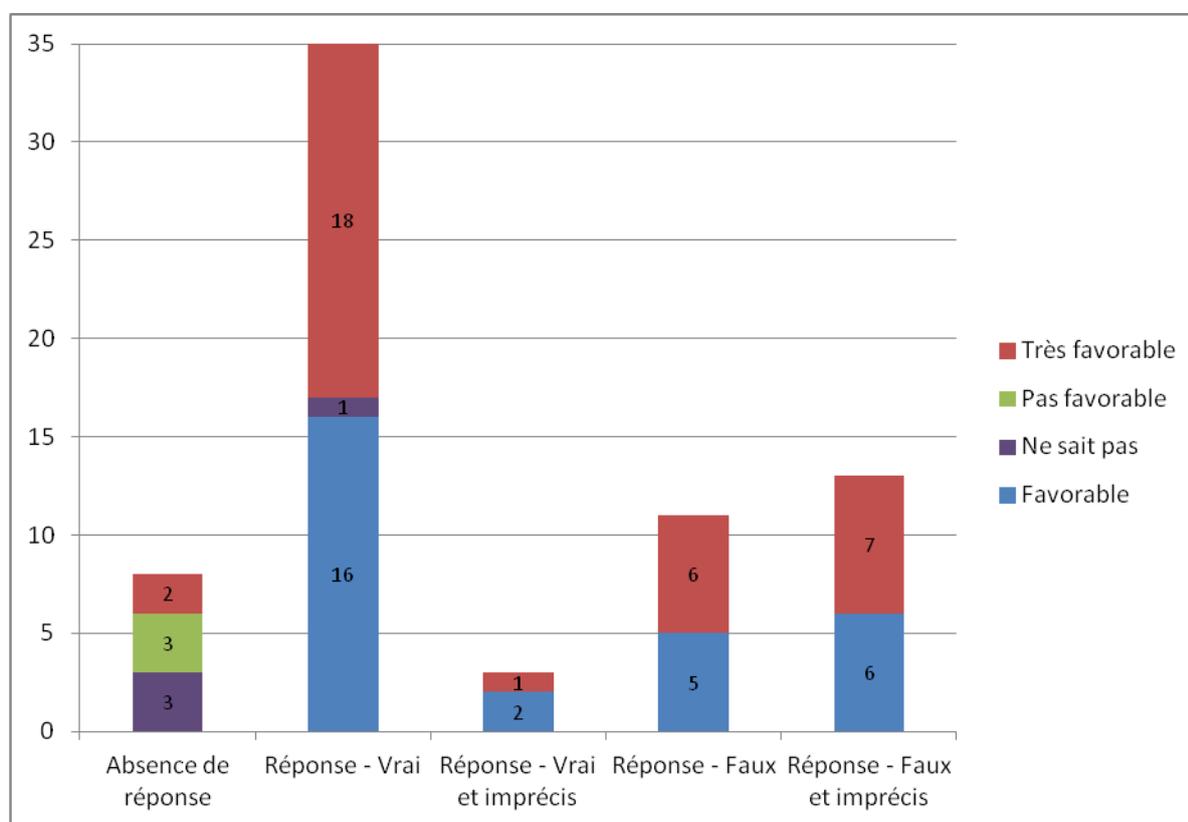
Répartition de l'échantillon en fonction de l'appréciation de leur degré d'information par les participants (N)

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis
Médecins ne s'estimant pas suffisamment informés.	6	7	0	4	2
Médecins s'estimant suffisamment informés	2	28	3	7	11
Total général	8	35	3	11	13



**Répartition des réponses en fonction de la position déclarée des médecins sur le vaccin
contre le méningocoque C**

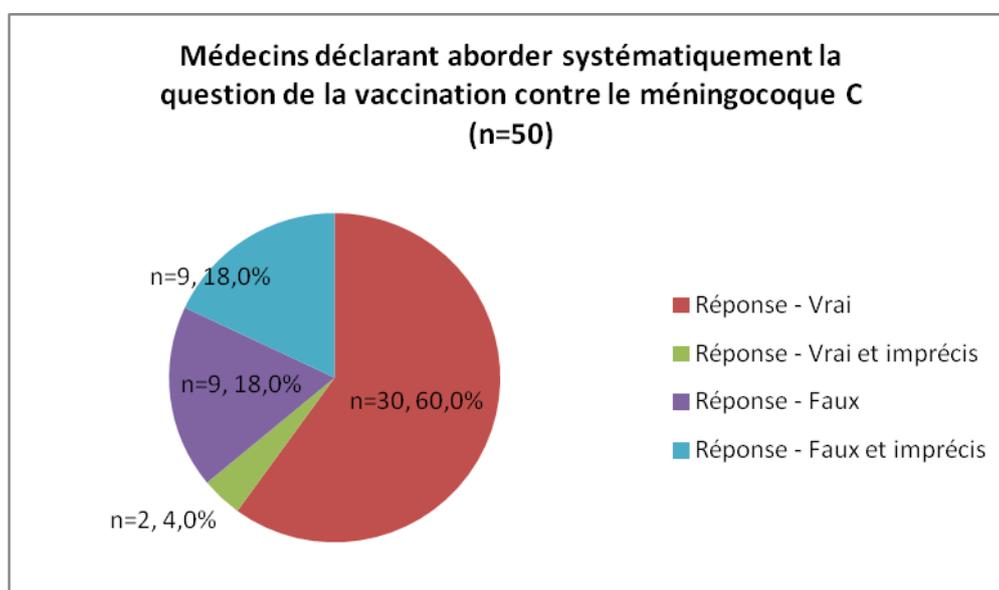
	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis
Favorable	0	16	2	5	6
Ne sait pas	3	1	0	0	0
Pas favorable	3	0	0	0	0
Très favorable	2	18	1	6	7
Total général	8	35	3	11	13



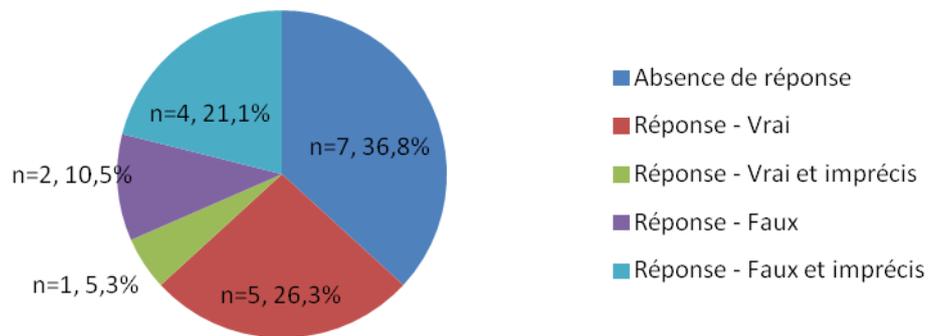
Répartition de l'échantillon en fonction de la réponse des médecins à la question 2.6
« Abordez-vous systématiquement la question de la vaccination contre le méningocoque C avec les parents qui ont des enfants entre 12 et 24 mois ? »

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis	Total Général
Non	7	5	1	2	4	19
Oui	0	30	2	9	9	50
Sans réponse 2.6	1	0	0	0	0	1
Total général	8	35	3	11	13	70

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis	Total général
Non	36,8%	26,3%	5,3%	10,5%	21,1%	100,0%
Oui	0,0%	60,0%	4,0%	18,0%	18,0%	100,0%
Sans réponse 2.6	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%



Médecins déclarant ne pas aborder systématiquement la question de la vaccination contre le méningocoque C (n=19)

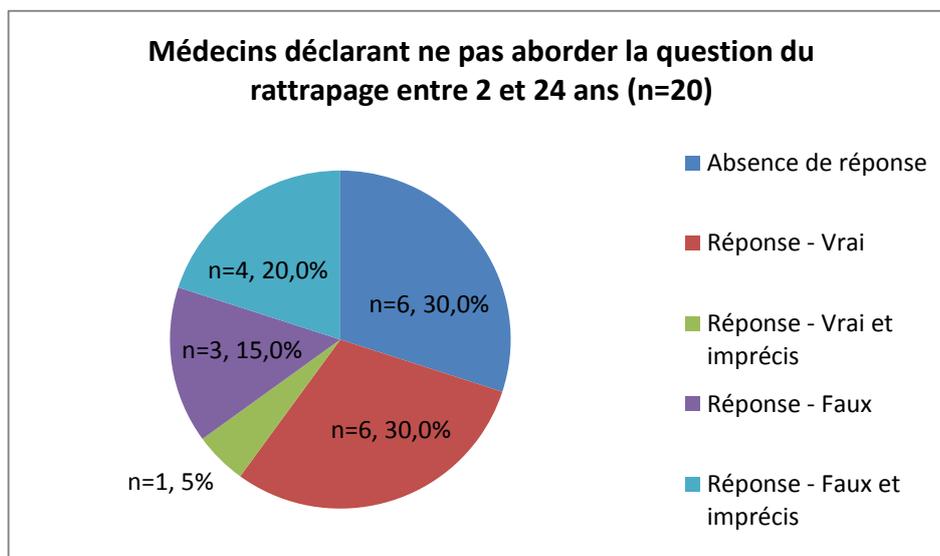
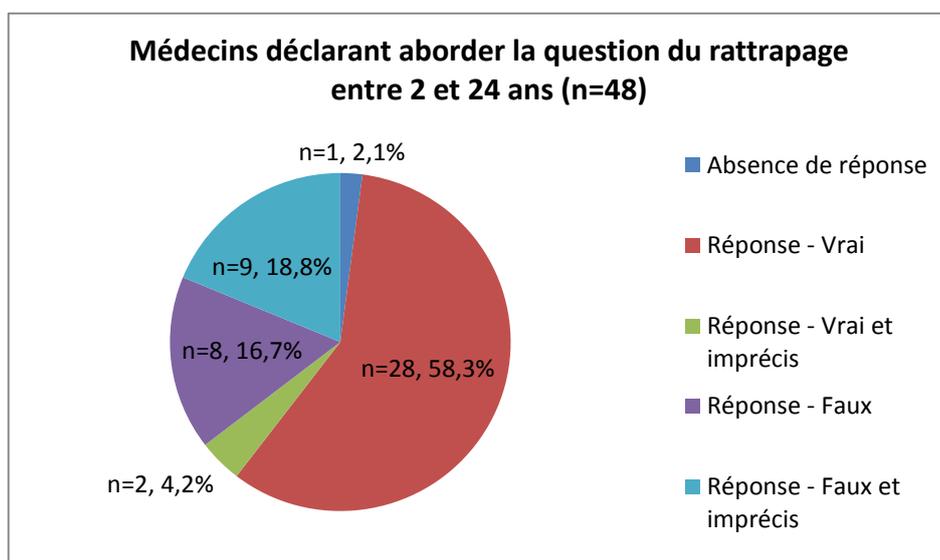


Répartition de l'échantillon en fonction de la réponse des médecins à la question 2.6

« Abordez-vous la question du rattrapage entre 2 et 24 ans ? »

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis	Total général
Non	6	6	1	3	4	20
Oui	1	28	2	8	9	48
Sans réponse 2.7	1	1	0	0	0	2
Total général	8	35	3	11	13	70

	Absence de réponse	Réponse - Vrai	Réponse - Vrai et imprécis	Réponse - Faux	Réponse - Faux et imprécis	Total général
Non	30,0%	30,0%	5,0%	15,0%	20,0%	100,0%
Oui	2,1%	58,3%	4,2%	16,7%	18,8%	100,0%
Sans réponse 2.7	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%



Médecins généralistes et vaccination

BABY Jeanne (IASS), CAYOL-BRONDINO Véronique (MISP), DELAGE Louise (DESSMS), EYRAUD Raphaëlle (AAH), KEROUAULT Sylvaine (EDH), LE BRIS Virginie (IES), MORICEAU Christine (DS), PALAUD Audrey (IASS), ROBIN Thomas (EDH), SLADEK Lauriane (DESSMS), WENDLING Léonard (AAH)

Résumé :

En France, la vaccination reste le mode de prévention privilégié pour lutter contre certaines maladies infectieuses. Dans ce cadre, le rôle du médecin généraliste, en tant que prescripteur, est essentiel en ce qu'il contribue directement à assurer un taux de couverture vaccinale optimal sur le territoire.

La présente étude, parce qu'elle intègre un certain nombre de contraintes, s'attache uniquement à l'analyse des pratiques des médecins généralistes relatives à la vaccination contre le méningocoque C, vaccin aux spécificités significatives. Ainsi, malgré l'introduction d'une recommandation dans le calendrier vaccinal en 2010, le taux de couverture vaccinale est encore considéré comme insuffisant pour atteindre le seuil d'une immunité de groupe. Cette étude a pour objectif de comprendre le positionnement du médecin généraliste au regard de ses pratiques vaccinales. Il s'agit d'analyser la dissociation qui semble exister entre les avis des médecins généralistes, globalement favorables à la vaccination contre le méningocoque C, et le taux de couverture vaccinale qui reste insuffisant au regard des objectifs de santé publique affichés.

Le questionnaire diffusé aux médecins généralistes a permis de mettre en évidence plusieurs éléments de discussion. Tout d'abord, en dépit du climat de défiance qui existe autour des risques liés à la vaccination, les représentations liées à la méningite semblent limiter les refus de vaccination des patients, qui acceptent majoritairement la vaccination. Le frein majeur à la vaccination contre le méningocoque C semble résider dans la posture du médecin généraliste. Si l'attitude du médecin, bien informé, est globalement favorable à la vaccination contre le méningocoque C, les actes de vaccination de la population cible restent trop peu nombreux au regard des objectifs de santé publique de maximisation du taux de couverture vaccinale. Le développement d'une communication institutionnelle plus efficiente, ainsi que l'implication de réseaux d'acteurs autour des populations cibles, pourraient constituer une ébauche de réponse en vue d'une meilleure adéquation entre la prescription de l'acte de vaccination contre le méningocoque C et sa concrétisation.

Mots clés : méningites à méningocoque C, vaccination, prévention, recommandation, médecins généralistes, pratiques vaccinales, communication institutionnelle.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.