

SORBONNE UNIVERSITÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

Année 2018

N°2018SORUM060

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Claire LAHAYE

Née le 23/07/1987 à Paris 18^{ème}

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE JEUDI 4 OCTOBRE 2018

**STRATÉGIES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR INFORMER LEURS
PATIENTS SUR L'EXTENSION DES OBLIGATIONS VACCINALES
EN VIGEUR DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2018**

Directrice de thèse : Docteur Chloé PERDRIX

Co-Directrice de thèse : Docteur Juliette VANDENDRIESSCHE

Président de thèse : Professeur Emmanuel GRIMPREL

Membres du Jury : Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Docteur Gilles LAZIMI

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes
chers condisciples et devant l'effigie
d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes
soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais
un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés, et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser
le crime. Respectueux et reconnaissant envers
mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je
suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert
d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y
manque.*

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

- **Monsieur le Professeur Emmanuel GRIMPREL**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

- **Monsieur le Docteur Gilles LAZIMI**

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements pour votre écoute, votre patience et votre gentillesse en tant que tuteur, tout au long de mon cursus.

- **Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER**

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre enseignement et votre pédagogie, qui me furent précieux !

- **Madame le Docteur Chloé PERDRIX**

Je te remercie de m'avoir encouragée et accompagnée dans ce travail, ainsi que de m'avoir fait découvrir ce type de méthode de recherche ! Merci pour la confiance que tu m'as accordée, ainsi que pour ce que tu m'as permis d'apprendre sur l'approche qualitative.

- **Madame le Docteur Juliette VANDENDRIESSCHE**

Je te remercie pour tes conseils et corrections, ainsi que pour ta bienveillance quant à l'élaboration de ce travail.

Aux personnes ayant participé à l'élaboration de ce travail :

Un grand merci aux quinze médecins généralistes ayant accepté de m'accorder du temps pour chacun de leurs entretiens, et toujours avec le sourire malgré leurs emplois du temps surchargés ! Sans eux, ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Aux soignants rencontrés tout au long de mon parcours et m'ayant transmis leur dévouement envers ce beau métier :

Le Docteur François BARTHÉLÉMY, Je vous remercie sincèrement pour votre enseignement en tant que maître de stage ! Votre humour, votre bonne composition à toute épreuve, votre organisation rigoureuse et votre bienveillance ont fait de ce stage un réel plaisir. Vous êtes pour moi un très bel exemple de médecin de famille et j'espère vous ressembler !

Le Docteur Marie GOUSSEFF, Ta rigueur et ta ténacité mêlées à ton humour décapant m'ont permis d'apprendre énormément à tes côtés et je t'en remercie vivement ! Merci d'avoir été pour moi un modèle d'humanité. Tu es le médecin que j'espère un jour devenir.

Le Docteur Christian DELAFOSSE, Je te remercie sincèrement pour ta patience, ta disponibilité et ton humanité lors de mon premier stage d'internat, qui m'a particulièrement marquée !

Les équipes des Urgences et de la Réanimation de l'Hôpital de Longjumeau, Merci pour votre engagement dans la formation médicale des internes, votre bonne humeur et votre confiance !

Mes co-internes, les médecins et infirmières du SMIT d'Avicenne, quel semestre ! Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, ainsi que pour nos fous rires, égayant le quotidien.

Mes co-internes, les médecins et infirmières de Pédiatrie de l'Hôpital René Dubos à Pontoise, Merci de m'avoir fait aimer la médecine des tout-petits !

L'équipe des Urgences de l'Hôpital Lariboisière, Merci pour votre enseignement et votre dynamisme !

Le SAMU-SMUR de l'Hôpital Henri Mondor, Merci pour votre implication dans la formation des internes et votre bonne humeur !

L'équipe du Centre de Traitement des Brûlés de l'Hôpital Saint-Louis, Merci de m'avoir fait découvrir la prise en charge complexe et passionnante du patient brûlé.

À ma famille :

Mes parents, je vous remercie tant de m'avoir portée et épaulée, de la première année des études de médecine jusqu'à la thèse. La transmission de vos valeurs, votre écoute attentive et patiente, vos conseils et vos encouragements permanents ont fait de moi la personne et le médecin que je suis devenue.

Vincent, un immense merci pour ton aide dans la réalisation de ce travail et la constance de ton soutien. Rien de tout cela n'aurait pu être fait sans toi... À tous nos projets, mon amour !

Une tendre pensée pour **mes grands-parents**, ayant toujours été attentifs et bienveillants quant à la réussite de mes études.

Ma belle-famille, que je remercie pour son accueil et sa gentillesse.

À mes amis :

Les plus chères : Laura et Sandra, merci d'être là, toujours ! « Ce qui rend les amitiés indissolubles et double leur charme est un sentiment qui manque à l'amour : la certitude » (Honoré de Balzac).

Les Sudards : Dejan (au Café des Globes !), **Fabien, Guillaume, Juliette, Leïla, Mélanie, Oriane**, sans oublier leurs moitiés ! À notre belle amitié traversant les années, les changements et les expatriations, à tant de beaux moments partagés et à tous ceux à venir !

Marion, Merci d'être toujours là ! Ton amitié fidèle et indispensable m'a donné la force de continuer lors des moments de découragement. J'espère sincèrement en être à la hauteur !

Tous les copains médecins : Marina, Aurélie, Victorine, Céline, Laura M., Julie, Romain, Aurore, Ambroise, etc. Merci à tous pour ces bons moments : les fous rires, les débriefing d'histoires difficiles de patients, les journées de cours... Sans vous, l'internat aurait été bien morose !

Cécile, À ces longues années nous ayant encore rapprochées, alors que le RER A, le Tac-O-Tac TV et la prépa avaient déjà bien commencé le travail ! Un grand merci d'être là !

Zulay, Merci d'avoir accepté d'être le cobaye de mon guide d'entretien et merci pour ton soutien !

Et à tous ceux que j'ai malencontreusement oubliés !

« La science n'a pas de patrie, parce que le savoir est le patrimoine de l'humanité, le flambeau qui éclaire le monde »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
I. INTRODUCTION.....	12
II. MATÉRIELS ET MÉTHODE	15
A. LE CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE	15
1. Comparaison des méthodes quantitative et qualitative	15
2. Choix de la méthode	16
3. Approche par théorisation ancrée	17
4. Technique de recueil de données : l'entretien semi-dirigé	18
B. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE	18
1. L'échantillonnage théorique	18
a) Représentativité de l'échantillon	18
b) Taille de l'échantillon	19
2. Population étudiée.....	19
a) Présentation de l'échantillon	19
b) Mode de recrutement.....	20
C. RECUEIL DES DONNÉES.....	21
1. Le guide d'entretien	21
2. Déroulement du recueil de données.....	23
3. Retranscription des données	23
D. MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS	24
E. ASPECTS ÉTHIQUE ET MÉDICOLÉGAL	25

III. RÉSULTATS	26
A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	26
B. LES DÉTERMINANTS DE L'OPINION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	29
1. Les facteurs objectifs	29
a) La formation scientifique	29
b) L'apprentissage régulier et continu.....	30
c) Les politiques de santé publique.....	31
2. Les facteurs subjectifs.....	32
a) L'expérience personnelle et professionnelle	32
b) L'empathie et le contre-transfert.....	33
c) La gestion de l'incertitude.....	33
d) La vision éthique de la profession médicale	34
e) L'effet « gourou ».....	36
C. LE DILEMME DU RAPPORT AUX OBLIGATIONS LÉGALES	36
1. Satisfaction de la décision du gouvernement.....	36
2. Le MG comme acteur des politiques de santé publique	37
3. Non-adhésion de certains médecins aux décisions du gouvernement concernant la médecine générale	37
D. L'INFLUENCE DE LA DÉSINFORMATION DES PATIENTS	40
E. L'ADAPTATION DE LA COMMUNICATION AUX DIFFÉRENTS PROFILS DE PATIENTS RENCONTRÉS	42
1. Les patients confiants.....	42
2. Les patients inquiets.....	43

3.	Les patients défiants : profil-type rencontré par les MG	44
4.	Le vécu de la défiance.....	46
5.	L'influence de la classe sociale.....	47
F.	LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE COMMUNICATION.....	48
1.	L'approche centrée-patient	48
2.	Les arguments d'autorité.....	50
a)	Attitude à tendance paternaliste.....	50
b)	Argument législatif.....	51
3.	Les arguments de conviction	51
a)	D'ordre rationnel	51
b)	D'ordre émotionnel	55
4.	L'utilisation de supports	57
5.	Rôle de la temporalité	58
G.	LES TRAVERS DE LA COMMUNICATION.....	59
H.	LES AMÉLIORATIONS PROPOSÉES PAR LES MÉDECINS	60
IV.	DISCUSSION	62
A.	REPRISE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET MODÉLISATION	62
B.	FORCES ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	64
1.	Forces.....	64
2.	Limites	65
C.	COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	66
1.	La typologie des MG	66

2. Les enjeux du scepticisme vis-à-vis de la vaccination.....	67
3. La communication de l'État et les obligations légales.....	69
4. La décision médicale partagée.....	71
5. Le libre-arbitre opposé à la protection collective	73
D. PERSPECTIVES	74
V. CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES	82
<u>Annexe 1</u> : Calendrier simplifié des vaccinations 2018	83
<u>Annexe 2</u> : Mail de demande d'entretien	84
<u>Annexe 3</u> : Guide d'entretien	85
<u>Annexe 4</u> : Extrait du journal de bord.....	87
<u>Annexe 5</u> : Exemple de deux verbatims d'entretiens semi-dirigés	91
<u>Annexe 6</u> : Kit d'information <i>Vaccination</i>, Santé Publique France	102
<u>Annexe 7</u> : Liste des PU-PH et MCU-PH.....	103
<u>RÉSUMÉ</u>	116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMS : Centre Municipal de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNRS : Centre Nationale de la Recherche Scientifique

CTV : Comité Technique des Vaccinations

DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales

DPC : Développement Professionnel Continu

DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (vaccin)

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Human Papilloma Virus

IDE : Infirmière Diplômée d'État

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PSA : Prostatic Specific Antigen

ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole (vaccin)

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

I. INTRODUCTION

La vaccination des populations a constitué, avec l'accès à l'eau potable et l'assainissement des eaux usées, l'une des principales interventions de santé publique ayant contribué au recul des maladies infectieuses. Les vaccins de la petite enfance ont ainsi permis de réduire la morbi-mortalité infantile en assurant une protection individuelle et collective sur le long terme. Toutefois, les taux de couvertures vaccinales s'amenuisent de façon préoccupante depuis plusieurs années en France, notamment concernant le ROR, l'hépatite B et les infections à méningocoques (1).

Par ailleurs, les données de surveillance épidémiologique attestent que la rougeole touche actuellement plusieurs régions françaises (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur) (2). Selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) d'août 2018, la nette augmentation du nombre de cas depuis novembre 2017 (24500 cas entre 2008 et 2017 ; 2741 cas déclarés au 29 juillet 2018) met en alerte et fait craindre la survenue d'une nouvelle épidémie sur l'ensemble du territoire du fait d'une couverture vaccinale insuffisante chez les nourrissons (79% d'entre eux ont reçu les deux doses de vaccins, au lieu des 95% nécessaires), enfants et jeunes adultes (2). La rougeole demeure une infection virale contagieuse et potentiellement grave pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif. La vaccination est donc le seul moyen de se protéger, à titre individuel et collectif.

À la suite du rapport Hurel (3) et de la concertation citoyenne sur la vaccination menée par le Pr. Alain Fischer (4), l'extension à onze vaccins obligatoires a été promulguée par la loi du 30 décembre 2017 en réponse à la proposition de la Ministre des Solidarités et de la Santé. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2018, huit vaccins jusqu'alors recommandés pour la petite enfance sont venus compléter l'obligation s'appliquant déjà aux vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Désormais, les vaccinations contre les infections invasives à *Haemophilus*

influenzae de type b, la coqueluche, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole, les infections invasives à méningocoque de séro groupe C et les infections à pneumocoque sont également obligatoires (5). Ces onze vaccinations sont pratiquées, sauf contre-indication médicale reconnue, dans les 18 premiers mois de l'enfant selon le calendrier vaccinal officiel 2018 (cf. Annexe 1) et sont exigibles pour l'entrée ou le maintien en collectivité à partir du 1^{er} juin 2018, pour tout enfant né à partir du 1^{er} janvier 2018. Lorsqu'une ou plusieurs vaccinations font défaut, le Code de Santé Publique prévoit que l'enfant soit admis provisoirement. Les vaccinations obligatoires doivent alors être réalisées dans un délai de trois mois, et ensuite poursuivies selon le calendrier vaccinal (6).

L'obligation vaccinale a pour but de répondre à l'urgence actuelle. Selon le Pr. Philippe Sansonetti (Institut Pasteur, Collège de France), « il s'agit de la manière la plus rapide et la plus efficace de rattraper le retard de couverture vaccinale. L'obligation vaccinale est initialement définie comme transitoire et appliquée dans l'attente d'une forme de prise de conscience collective, possible grâce à l'information et la sensibilisation de la population, mais également la formation des professionnels de santé. Celles-ci permettraient donc, à terme, la levée de cette obligation. Le gouvernement souligne que la vaccination se doit d'être une préoccupation collective s'inscrivant au cœur de nos politiques de santé publique, dans l'espoir d'empêcher le retour de maladies dévastatrices existant encore un demi-siècle auparavant ».

Cependant, dans le contexte de cette loi en vigueur depuis quelques mois, le débat sociétal sur la vaccination se voit alimenté de nouveaux questionnements, tels que le principe fondamental de liberté individuelle en opposition stricte avec le concept d'obligation. Ces considérations ne datent pas d'aujourd'hui car, lorsque l'inoculation fit son apparition en France au XVIII^{ème} siècle, les philosophes des Lumières s'opposèrent déjà à toute forme de

coercition, comme le souligne Condorcet dans le *Journal d'instruction sociale, par les citoyens*, publié en 1793 : « On a besoin d'enchaîner les hommes à la raison par la précision des idées et par la rigueur des preuves » (7).

Ainsi, dans cette atmosphère de doute et face à l'afflux massif d'informations diverses émanant de sources multiples, les individus semblent éprouver des difficultés à choisir à qui accorder leur confiance, notamment quant aux vaccinations de leurs enfants. Malgré cela, il subsiste un sentiment de confiance des patients envers leurs médecins, puisque, selon Santé Publique France, 81,3% des parents disent rechercher les informations sur les vaccins auprès de leur médecin (1).

Il paraissait donc essentiel de donner la parole aux généralistes qui demeurent, avec les pédiatres, les principaux prescripteurs de vaccins, dans le but de comprendre comment ceux-ci communiquent avec leurs patients et sont à même de leur fournir une information concrète, honnête et transparente (8). L'exploration des interactions entre médecins et patients autour de ce sujet d'actualité permettrait ainsi d'appréhender de manière concrète les bénéfices, mais également les écueils de cette nouvelle loi, tout en essayant de dégager les principaux enjeux des campagnes d'informations futures.

L'objectif principal de notre étude était de décrire les stratégies utilisées par les médecins généralistes (MG) pour informer leurs patients sur les nouvelles obligations vaccinales en vigueur depuis le 1^{er} Janvier 2018.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. LE CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE

1. Comparaison des méthodes quantitative et qualitative

La complexité des soins primaires requiert de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueil de données (9). Les outils quantitatifs de l'épidémiologie et des essais randomisés sont bien connus et largement utilisés, mais ne permettent pas de répondre à la totalité des questions soulevées par l'exercice quotidien. La recherche qualitative apparaît ainsi comme une aide pour combler ce manque (10).

D'abord utilisées dans les sciences humaines et sociales à partir des années 1920 (11), les méthodes qualitatives sont parfois définies en référence ou en opposition aux méthodes quantitatives. Or, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, puisqu'elles répondent à des problématiques différentes avec une richesse qui leur est spécifique. Elles peuvent ainsi se combiner de multiples façons, notamment en se succédant au sein d'un même programme de recherche (12).

L'analyse quantitative s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive et a donc pour but de tester des hypothèses au travers d'une série de mesures, souvent dans un contexte expérimental. La quantification et comparaison des variables permettent d'établir des relations causales entre celles-ci (11). Cette méthode s'avère plutôt adaptée aux questions d'ordre biomédical et vise à attribuer aux résultats un certain niveau de fiabilité et de reproductivité (13).

À l'inverse, l'analyse qualitative tend à construire des hypothèses lorsqu'un domaine est mal connu, ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être étudiée à l'aide de l'approche quantitative (13). Elle s'intéresse aux déterminants des comportements humains d'un point de vue holistique, c'est-à-dire en s'attachant aux sujets eux-mêmes, à leurs interactions et à la

compréhension du contexte. Elle permet ainsi d'explorer l'existence et la signification de phénomènes sociaux à travers le recueil puis l'analyse de données descriptives le plus souvent verbales, telles que des paroles dites ou écrites. Dans certains cas, il peut s'agir du comportement observable des personnes dans leur environnement naturel, d'images ou encore de musique. Elle offre la possibilité d'établir un lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » (10).

La démarche est alors qualifiée d'inductive (ou d'interprétative) ; l'objectif étant de créer une théorie à partir des observations faites de façon empirique.

L'induction se définit comme l'action conduisant à la découverte d'une hypothèse lors de l'analyse des données à partir d'une intuition, et la vérification des qualités heuristiques de cette hypothèse pour déterminer si elle peut servir d'explication pour un événement, une action, une relation ou une stratégie (14).

À ce titre, l'approche qualitative semble particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale. En effet, la subjectivité des facteurs observés les rendant difficiles à mesurer, cette méthode permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des aspects relationnels des soins (émotions, sentiments, expériences personnelles, etc.) (13).

2. Choix de la méthode

Notre travail avait pour but d'étudier comment les MG informaient leurs patients sur les onze vaccins obligatoires depuis le 1^{er} Janvier 2018. L'intérêt était donc d'explorer leurs perceptions quant à leur façon de communiquer, leurs représentations de ce rôle d'informateur, leurs opinions sur cette nouvelle loi ainsi que leurs interactions avec leurs patients dans ce contexte. Nous souhaitons mettre en évidence les différents aspects de leurs relations médecin-malade autour de ce sujet, et nous enquérir de leurs attentes et besoins concrets éventuels afin d'optimiser le déroulement de leurs consultations.

Par conséquent, la variété de ce thème ne se prêtant pas à une exploration par questionnaires, nous avons opté pour une technique de recueil de données par entretiens.

La question de recherche nous a ainsi naturellement orienté vers une étude qualitative.

3. Approche par théorisation ancrée

L'étape suivante consistait à choisir la méthodologie adaptée parmi les différents concepts existants en recherche qualitative.

La théorisation ancrée (ou « grounded theory ») est une méthode spécifique développée par deux sociologues américains en 1967, A. Glaser et B. Strauss, dont le propos est de construire une théorie substantive et formelle à partir des données recueillies (15). En effet, elle repose sur un courant sociologique nommé « interactionnisme symbolique », fondé sur l'idée qu'un processus social (et donc une société) naît à partir des représentations qu'en ont les différents groupes sociaux et résulte de leur confrontation lors des interactions entre les individus (16).

Cette méthode se base sur un contact prolongé avec le terrain afin que le chercheur s'en imprègne au mieux. Son rôle est d'effectuer une retranscription fidèle des données, de les décrire puis de les interpréter afin de rendre explicites les grands thèmes dégagés par les entretiens, en ayant recours à la comparaison constante (10). Cette dernière correspond à une méthode d'analyse consistant à examiner de façon systématique et approfondie les variations dans la manifestation et la signification des concepts émergeant des données empiriques recueillies (16). L'objectif est ensuite de les mettre en relation sous formes de schémas (ou matrices) en vue de la création d'un modèle final issu des concepts émergents. Il s'agit d'une méthode inductive pure où le chercheur est l'outil central.

4. Technique de recueil de données : l'entretien semi-dirigé

Notre choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés dans le but de dispenser une certaine structure à nos échanges avec les participants.

Les entretiens individuels ont été préférés aux « focus groups » (appelés aussi entretiens de groupes) afin que les MG ne se sentent pas inhibés par la présence, et donc l'éventuel jugement de leurs confrères pour aborder ce sujet délicat.

Cette technique s'avérait particulièrement adaptée à notre recherche puisqu'elle permettait de traiter le sujet sous la forme d'une conversation, tout en conservant une trame autour de laquelle les MG développaient leur pensée de façon spontanée. En effet, par opposition, les entretiens directifs visent à poser des questions dans un ordre précis préétabli, et les non directifs offrent aux interviewés la possibilité de discourir totalement librement sur le thème demandé (17).

B. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONNAGE

1. L'échantillonnage théorique

a) Représentativité de l'échantillon

Les méthodes qualitatives ayant pour but de comprendre plutôt que de mesurer ou d'expliquer par un lien de causalité, la notion de représentativité statistique n'a pas de sens. Le but n'est donc pas d'obtenir une représentation moyenne de la population étudiée, mais plutôt le reflet de la plus grande diversité possible (18). La population à étudier est donc largement échantillonnée et de façon progressive, source de la richesse des données collectées (10). La constitution de l'échantillon repose sur le jugement du chercheur pour le choix de personnes qu'il estime intéressantes en raison de leurs caractéristiques (multitude d'opinions et d'expériences singulières sur le sujet) et de l'objectif de l'étude (17).

L'échantillonnage est ainsi nommé « théorique » car il est effectué au fur et à mesure du processus itératif (16).

b) Taille de l'échantillon

La taille des échantillons est volontairement réduite par rapport à une étude quantitative. En effet, les informations issues des entretiens étant validées par le contexte, elles n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (17).

La taille de l'échantillon n'est donc pas fixée à l'avance et se détermine d'elle-même à l'obtention de la saturation théorique des données. Celle-ci survient lorsqu'aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressort des derniers entretiens ou observations pour justifier une augmentation des données empiriques. On dira alors que l'échantillon est représentatif en ce qui concerne les processus sociaux (19).

2. Population étudiée

a) Présentation de l'échantillon

La population cible était l'ensemble des MG exerçant en France métropolitaine.

La population d'étude a été intentionnellement choisie afin de réaliser un échantillonnage raisonné à variation maximale. L'objectif était ainsi d'augmenter la validité externe des résultats en prônant la diversité des opinions et des comportements (10).

Ce choix s'est porté selon les critères suivants :

- Personnes de genre masculin et de genre féminin ;
- Âges et donc niveaux d'expérience différents ;

- Exercice dans des régions de France variées ;
- Modes d'exercice différents (cabinet de ville seul, cabinet de groupe, Maison de Santé, Centre Municipal de Santé (CMS), etc.), voire pratique conjointe dans d'autres structures médicales (telles qu'un Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), etc.), ou encore pratique de médecines alternatives (comme l'homéopathie, par exemple) ;
- Titulaire ou non d'une formation spécifique pédiatrique ou portant sur la vaccination ;
- Patientèle plus ou moins orientée vers la pédiatrie, et en particulier les vaccinations des nourrissons.

b) Mode de recrutement

La sélection de la population s'est faite par interconnaissances variées de l'enquêteur parmi des médecins généralistes exerçant sur le territoire français métropolitain.

L'effet « boule de neige » a ainsi été utilisé.

Initialement, nous avons contacté ces MG pour leur demander de bien vouloir participer à notre étude par mail ou directement par téléphone. Le mail de présentation et demande d'entretien est consultable en Annexe 2.

Nous avons ensuite commencé les entretiens avec les praticiens répondant positivement. Au fur et à mesure, les demandes ont été orientées selon les critères définis précédemment, afin de maximiser l'expression de la diversité des profils.

C. RECUEIL DES DONNÉES

1. Le guide d'entretien

Le guide sert à structurer l'entretien et les interventions de l'enquêteur, sans diriger le discours. C'est une invitation au récit (17) ; il doit donc être élaboré de manière souple afin d'ouvrir les champs de la réflexion.

La réalisation du guide suppose la formulation de postulats servant de fil conducteur au recueil des données et à la phase de questionnement (17). Celui-ci doit donc être élaboré après une analyse préalable de la bibliographie en rapport avec le sujet.

Dans le cas de notre étude, nous avons effectué des recherches en langues française et anglaise sur les bases de données PubMed, Google Scholar et EM-Consult via Medline. Le thésaurus MeSH bilingue nous a orienté vers les mots-clés suivants, dont la liste n'est pas exhaustive : « vaccination », « communication », « information », « general practitioner ».

Notre guide d'entretien a été testé une première fois sur un MG connu de l'enquêteur, et modifié en fonction de sa compréhension des questions, de leur enchaînement dans la conversation ainsi que des réponses apportées. Nous l'avons ensuite expérimenté sur un autre MG connu de l'enquêteur et cette fois-ci, définitivement validé.

Au début de l'enquête, la question principale « Comment informez-vous vos patients sur les onze vaccins obligatoires ? » servait d'amorce pour rappeler le sujet de notre étude et introduire la discussion.

Notre guide, présenté en Annexe 3, s'articule autour de quatre grands thèmes :

- les déterminants de la communication sur les vaccinations au sein de la relation médecin-patient ;
- l'évaluation des représentations des patients, à travers le regard du MG ;
- l'influence des convictions personnelles du MG sur sa façon de communiquer ;

- l'opinion du MG comme acteur dans l'application des politiques de santé publique.

Chaque thématique comporte deux à quatre questions ouvertes, elles-mêmes constituées d'un nombre variable de sous-questions, allant de zéro à quatre. S'agissant ici d'entretiens semi-structurés, la nature « ouverte » des questions était primordiale (10).

La formulation des thèmes, ainsi que des questions intrinsèques à chacun d'eux, a été précautionneusement choisie afin de ne pas biaiser le récit des personnes interrogées.

L'ordre des thèmes a été établi de façon logique.

Les questions ont été pensées en accord avec le contenu des études publiées sur le sujet afin de répondre à la question de recherche, mais également dans le souhait de créer une interaction verbale de qualité, engageant le MG à se confier et à révéler son avis personnel sur les vaccins et l'obligation vaccinale. En effet, l'exploration de ce dernier était volontairement abordée en milieu voire fin d'entretien, afin de bénéficier du climat de confiance précédemment instauré pendant plusieurs dizaines de minutes.

Afin de préserver la fluidité et la spontanéité des paroles, les quatre thèmes ont pu être évoqués dans un ordre variable, à la guise des participants.

Par ailleurs, il est normal que certains MG se soient écartés du guide pour approfondir une idée, même si le thème discuté n'était pas initialement prévu.

De façon générale, le guide d'entretien n'est pas destiné à rester figé et peut ainsi évoluer au cours de l'enquête, le chercheur se familiarisant progressivement avec le sujet (17).

Il est à noter que la neutralité totale incombant à l'enquêteur a été respectée, celui-ci s'étant abstenu de tout jugement lors de chaque entretien.

2. Déroulement du recueil de données

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude dans le but de déconstruire les a priori de l'enquêteur (cf. Annexe 4).

Le recueil des données a eu lieu entre le 16 avril et le 4 juillet 2018, sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés enregistrés au dictaphone.

Chaque enregistrement était réalisé après accord oral explicite du médecin.

La localisation des entretiens était variable : huit entretiens ont été faits par téléphone, trois sur le lieu de travail des MG (cabinet de ville ou CMS), trois à leur domicile, et un dans un parc public parisien (lieu choisi par l'interviewé). Le contact direct en tête-à-tête demeurait privilégié dans la mesure du possible, et les entretiens par téléphone ont pallié au problème de l'éloignement géographique de l'enquêteur.

La date et l'heure des entretiens étaient déterminées par les MG sollicités, à leur convenance.

La durée des entretiens était très aléatoire et s'est étendue de trente-et-une minutes à deux heures, avec une moyenne d'une heure par entretien.

Les interventions de l'enquêteur consistaient en des relances ou reformulations lorsque le thème étudié ne semblait pas assez approfondi.

3. Retranscription des données

Chaque entretien a été enregistré, puis retranscrit de façon totalement anonyme. Les MG ont ainsi été successivement renommés M1, M2, etc. jusqu'à M15, dans un ordre chronologique. La retranscription des données a été faite intégralement manuellement par l'enquêteur ayant réalisé les entretiens sur son ordinateur privé. La conversation a été tapée mot à mot, en essayant au mieux de rapporter les manifestations non verbales (rires, hésitations, etc.). Aucune adaptation du discours n'a donc été introduite. Cette retranscription constituait le verbatim, autrement dit le corpus de données pour la suite de l'étude.

Deux des verbatims sont proposés à titre d'exemple en Annexe 5.

D. MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Nous avons réalisé une analyse de type thématique par comparaison constante dans le but de produire une sélection et une organisation raisonnées de catégories afin de condenser la signification des entretiens (20). Le codage est le processus fondamental et structurel de l'analyse thématique, et il en existe trois niveaux : le codage ouvert, axial et sélectif. La lecture approfondie des retranscriptions permet de générer des codes ouverts descriptifs non interprétatifs. Lors du codage ouvert, les différentes données sont comparées en permanence à la recherche de similitudes et de différences ; on parle donc d'analyse par comparaison constante. Les fragments de texte émanant du codage ouvert sont ensuite classés et regroupés selon les idées qu'ils véhiculent pour former des catégories et sous-catégories. Ce procédé se définit alors comme le codage axial. Cette classification n'est pas figée et évolue au fur et à mesure des relectures et de l'analyse des verbatims. Le codage sélectif permet enfin de procéder à la création de la théorie (15) : il s'agit de la modélisation. Il consiste à mettre en relation les différents concepts pour en faire un récit. Ce processus est réalisé à l'aide de matrices élaborées à partir du croisement de plusieurs données (au moins deux parmi les codes, catégories et sous-catégories) (21). La fréquence de certains codes peut y être analysée, sans que ce soit l'objectif premier.

Pour ce travail, nous avons utilisé le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo12® afin de faciliter la codification progressive des données, leur classement et l'analyse matricielle.

Un codage en double aveugle a été réalisé avec une des directrices de thèse.

La triangulation des données requérant l'authentification ultérieure par les participants n'a pas été effectuée car l'ensemble des MG interviewés signalait disposer d'un temps limité à consacrer à notre étude.

E. ASPECTS ÉTHIQUE ET MÉDICOLÉGAL

Nous avons recueilli l'accord oral de chacun des participants avant le début des enregistrements, toujours faits de manière explicite et transparente.

Néanmoins, aucun consentement éclairé écrit n'a été signé pour des raisons pratiques, puisque plusieurs entretiens se sont déroulés par téléphone.

Nous avons attaché une importance particulière au respect de la confidentialité des données (anonymisation des entretiens audio ainsi que des verbatims).

Cette dernière n'a nécessité aucune autorisation particulière d'un comité d'éthique puisqu'il s'agissait d'un travail uniquement exploratoire n'impliquant pas de données biomédicales.

Par ailleurs, le chercheur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

III. RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Quinze médecins généralistes au total ont été interrogés.

Les participants étaient âgés de 29 à 65 ans, avec une moyenne d'âge de 46 ans. Huit d'entre eux avaient plus de 50 ans, sept débutaient leur carrière, cinq participants étaient de genre masculin et dix de genre féminin.

Les MG interrogés exerçaient dans diverses régions de France : onze en Île-de-France, dont deux dans Paris, huit dans d'autres départements de petite et grande couronne (77, 78, 91, 92, 93 et 94) et une à mi-temps entre Paris et Saint-Denis (93) ; une dans le Pas-de-Calais et trois en Aveyron, dans la région Occitanie.

Onze d'entre eux travaillaient dans des cabinets de groupe, deux exerçaient en Maison de Santé Pluridisciplinaire, une en CMS et une seule. Parmi les participants, trois des MG étaient remplaçantes au sein de cabinets de groupe. Par ailleurs, deux MG avaient une activité en parallèle de leurs consultations classiques : l'un dans un centre d'accueil pour autistes une après-midi tous les quinze jours et le second, dans un EHPAD une demi-journée par semaine. De surcroît, un des MG interviewé avait en plus exercé pendant environ trente ans en crèches et PMI, et un autre avait travaillé aux Urgences d'un hôpital d'Île-de-France auparavant et pratiquait aujourd'hui l'homéopathie.

Quatre des MG étaient titulaires d'une formation spécifique en lien avec la pédiatrie : Diplôme Interuniversitaire (DIU) de pédiatrie, Attestation de pédiatrie, Diplôme Universitaire (DU) de puériculture ; et deux d'entre eux faisaient de la Formation Médicale Continue (FMC) de façon assidue.

La proportion de consultations pédiatriques dans leur pratique quotidienne fluctuait entre 5-10% et 30% selon les praticiens. Une moyenne estimée de 37% de ces consultations pédiatriques s'avérait dédiée aux vaccinations des enfants (NB : ceux-ci étant définis comme les personnes de moins de 15 ans). La part de consultations dédiées aux vaccinations infantiles parmi les consultations pédiatriques était cependant très disparate parmi les MG, avec un intervalle estimé s'étalant de 5-10% à 80%.

Nous précisons que, lors de la phase de recrutement, nous avons assisté à dix refus au total, dont sept étaient liés aux raisons suivantes : manque de temps (4 MG), refus d'être interviewé du fait d'une position controversée sur la vaccination (1 MG) et désintérêt pour le sujet (2 MG). Dans les autres cas, les MG n'ont jamais répondu, soit aux appels de confirmation du rendez-vous programmé (1 MG), soit aux mails de relance malgré un accord de principe initial sur leur participation (2 MG).

Les caractéristiques des MG interviewés sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et professionnelles des MG interrogés

	Modalités de l'entretien : date, durée, lieu		Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Formation(s)	Part des consultations pédiatriques (en % des consultations totales) Part des consultations vaccinales (en % des consultations pédiatriques)	
M1	Date	16/04/2018	F	29	Toulouse (31000) et Rodez (12000) Milieu semi-rural	Remplaçante en cabinets de groupe	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	15 à 20%
	Durée	38 min						Vaccinations	30%
	Lieu	Téléphone							
M2	Date	17/04/2018	M	63	Salles-Curan (12410) Zone rurale	Maison de Santé rurale Pluridisciplinaire	CES pédiatrie + Attestation de pédiatrie préventive	Pédiatrie	20 à 30%
	Durée	1h42						Vaccinations	20%
	Lieu	Téléphone							
M3	Date	24/04/2018	F	54	Paris 12ème (75012)	Cabinet individuel	Pas de formation spécifique, Plusieurs FMC	Pédiatrie	Ne sait pas, proportion supérieure à la moyenne
	Durée	36 min						Vaccinations	5%
	Lieu	Cabinet MG							
M4	Date	24/04/2018	F	30	Bonnelles (78830) Milieu semi-rural	Cabinet de groupe pluridisciplinaire (4 MG + 2 IDE + 1 diététicienne + 1 podologue + 1 psychologue)	Pas de formation spécifique, Plusieurs FMC	Pédiatrie	12,5%
	Durée	1h24						Vaccinations	30%
	Lieu	Domicile MG							
M5	Date	25/04/2018	F	31	Saint-Georges-de-Luzençon (12100)	Maison de santé (2 jeunes associés MG + plusieurs IDE + 1 kinésithérapeute + 1 psychiatre)	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	23%
	Durée	54 min						Vaccinations	50%
	Lieu	Téléphone							
M6	Date	01/05/2018	F	30	Gennevilliers (92230)	Remplaçante en cabinet de groupe (5 MG + 3 remplaçantes + 1 interne)	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	25%
	Durée	36 min						Vaccinations	33%
	Lieu	Parc							
M7	Date	02/05/2018	M	65	Noisy-le-Grand (93160)	Cabinet de groupe (3 MG associés + 1 interne) + Centre d'accueil pour autistes	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	20%
	Durée	1h10						Vaccinations	Ne sait pas (vaccine quasiment tous les enfants suivis)
	Lieu	Domicile MG							
M8	Date	02/05/2018	F	33	Béthune (62400)	Cabinet de groupe (7 MG + 2 ophtalmologistes + 1 gynécologue + 3 dentistes + 1 IDE + 1 kinésithérapeute + 1 psychologue)	Attestation de pédiatrie	Pédiatrie	18 à 20%
	Durée	31 min						Vaccinations	Ne sait pas (vaccine quasiment tous les enfants suivis)
	Lieu	Téléphone							
M9	Date	04/05/2018	F	55	Saint-Denis (93200)	CMS (environ 20 praticiens dont 4 MG) + Homéopathie + Exercice aux Urgences auparavant	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	20%
	Durée	50 min						Vaccinations	Ne sait pas (vaccine quasiment tous les enfants suivis)
	Lieu	Cabinet MG							
M10	Date	16/05/2018	F	31	Paris (75020)	Cabinet de groupe (2 MG associés + 1 interne)	DIU de pédiatrie	Pédiatrie	5 à 10%
	Durée	50 min						Vaccinations	80%
	Lieu	Cabinet MG							
M11	Date	18/05/2018	M	62	Moissy-Cramayel (77550)	Cabinet de groupe (2 MG associés)	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	30%
	Durée	1h12						Vaccinations	50%
	Lieu	Téléphone							
M12	Date	23/05/2018	M	63	Igny (91430)	Cabinet de groupe (3 MG + 1 podologue + 2 IDE)	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	20%
	Durée	42 min						Vaccinations	30%
	Lieu	Téléphone							
M13	Date	23/05/2018	F	30	Saint-Denis (93200) et Paris (75020)	Remplaçante en cabinets de groupe uniquement constitués de MG	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	25%
	Durée	36 min						Vaccinations	50%
	Lieu	Domicile MG							
M14	Date	23/05/2018	F	53	Bonnelles (78830)	Cabinet de groupe (3 MG) + EHPAD	Pas de formation spécifique	Pédiatrie	20 à 30%
	Durée	53 min						Vaccinations	Ne sait pas (nombreux suivis vaccinaux)
	Lieu	Téléphone							
M15	Date	04/07/2018	M	64	Villiers-sur-Marne (94350)	Cabinet de groupe (2 MG + 1 remplaçante) + Exercice de 30 ans en crèches et PMI	DU de puériculture + stage de 2 ans au SAU pédiatrique du CHIC	Pédiatrie	25%
	Durée	38 min						Vaccinations	33 à 50% selon les périodes
	Lieu	Téléphone							

B. LES DÉTERMINANTS DE L'OPINION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Les stratégies des MG pour communiquer sur les onze vaccins obligatoires étaient largement influencées par leur opinion, elle-même déterminée par plusieurs facteurs objectifs et subjectifs, décrits ci-après.

Parmi les MG interrogés, dix d'entre eux percevaient l'obligation vaccinale comme une décision appropriée au vu de la baisse des couvertures vaccinales. Néanmoins, sept d'entre eux exprimaient être déçus de ce recours à la coercition, même si quatre MG maintenaient une position favorable à la vaccination en général. À l'inverse, deux y étaient strictement opposés et un MG demeurait sceptique, et favorable uniquement au DTP.

1. Les facteurs objectifs

a) La formation scientifique

Le socle scientifique sur lequel se fondent les études médicales est apparu comme un élément essentiel à l'origine de l'opinion du MG sur la vaccination : « Donc mon opinion s'est forgée sur notre formation médicale, et sur ma pratique par la suite » (M6).

En effet, la plupart des MG décrivaient être particulièrement sensibles aux arguments statistiques et, plus généralement, à la rigueur incombant à l'esprit scientifique : « Mais lorsque l'on voit les chiffres, cela interpelle ! Moi, les chiffres m'ont suffi à me faire mon idée », « Et justement, je leur dis souvent que les vaccins ne sont pas une croyance. On ne peut pas dire, ou même penser (rires) « je crois » ou « je ne crois pas aux vaccins », il s'agit de quelque chose de scientifiquement prouvé ! » (M14) ; « Si ce sont des études menées avec la rigueur scientifique que l'on nous a apprise, j'ai pleine confiance » (M5).

Dix d'entre eux soulignaient la nécessité de collecter des informations fiables et transparentes : « Je me fie à Prescrire, parce que justement ils ne sont pas financés par des

laboratoires » (M4). Ils manifestaient également le souhait de transmettre des informations de qualité à leurs patients : « il faut être capable de leur proposer des sites où l'on sait que ce qui est écrit est scientifique et que l'on peut se baser dessus sans craintes » (M5).

A contrario, le manque de transparence ressortait comme une source de doute de la part de M9 : « Si l'on pouvait m'affirmer qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts, que les personnes qui parlent ou que les études qui sont faites le sont de manière objective, claire, transparente et reproductible, j'aurais une confiance absolue ».

Certains MG valorisaient le sens critique, tant de la part des médecins que dans la population : « Je pense qu'il faut toujours remettre en question ce que l'on voit ou entend » (M6) ; « Surtout chez les jeunes, je trouve qu'ils ont de moins en moins de sens critique, et ils sont prêts à accepter des informations venant de sources assez peu fiables » (M4).

b) L'apprentissage régulier et continu

De nombreux MG estimaient que la formation médicale continue était indispensable.

D'aucuns appréciaient les formations médicales sur la vaccination, ou en étaient même parfois demandeurs : « Donc je serais prête à avoir plus de temps et des consultations dédiées, à condition de me sentir personnellement rassurée par un acquis et une formation qui me confortent dans ce que je transmets » (M4).

La plupart des MG disaient lire des revues médicales : « Je suis aussi abonnée aux revues *Prescrire* et à *La Revue du Prat* donc quand ils abordent la vaccination, j'en profite » (M8).

De nombreux MG mettaient en avant le bénéfice de la concertation et des échanges de pratiques entre médecins : « Et du coup j'en ai parlé à mon groupe de pairs, car j'ai une réunion avec d'autres médecins une fois par mois, qui sont pour la plupart plus âgés » (M4) ; « Je leur précise que j'essaierai de leur répondre au mieux, et que si je n'ai pas la réponse, je poserai moi-même la question à des gens compétents, puisqu'on a un service d'Infectieux à

Rodez qui fonctionne très bien et dont les médecins sont très gentils et répondent très bien à nos questions, donc on n'hésite pas » (M5).

Les MG expliquaient aimer glaner des informations sur les vaccins de façon générale, et certains d'entre eux choisissaient de multiplier les sources : « Aujourd'hui, en tant que médecins, nous sommes inclus dans de nombreuses listes de diffusion sur internet, je suis copain avec Dominique Dupagne, j'ai des connaissances très anti-vaccins et je leur demande des arguments, j'en ai d'autres qui sont bien sûr pour, je lis Prescrire, le BEH... Donc je récupère des informations un peu partout. Je fais aussi partie d'un syndicat de médecins au niveau national, et parfois on ne peut pas empêcher que cela déborde sur les listes syndicales : on reçoit des informations sur les vaccins, on en échange... Je fais également partie d'un groupe de pairs où l'on discute pas mal... », « C'est un faisceau de sources qui me permet de construire mon avis, voire de le remettre en question... » (M12).

Par ailleurs, plusieurs MG soulignaient le caractère dynamique des connaissances médicales, comme M4 : « Il y a des choses que l'on croit savoir aujourd'hui, que l'on tient pour vraies et qui seront entièrement remises en question par les études qui arriveront dans les dix ou vingt prochaines années, et nos pratiques changeront, notamment pour le calendrier vaccinal qui change tous les ans ! » ; ou M12 : « Cela montre bien que ce n'est pas simple car l'état des connaissances, notamment sur la sécurité des médicaments et de nos pratiques, évolue en permanence ! ».

c) Les politiques de santé publique

La moitié des MG expliquaient construire leur opinion sur les recommandations des autorités sanitaires pour exercer leur métier : « Je ne sais pas si c'est un mécanisme de défense ou une condition, mais je ne peux pas en plus remettre en question les autorités... Je leur fais confiance et c'est sur ce lien que je fonctionne » (M3) ; « Si l'on commence à douter de cela, je crois que l'on peut raccrocher notre blouse... » (M8).

2. Les facteurs subjectifs

a) *L'expérience personnelle et professionnelle*

De nombreux MG affirmaient fonder leur opinion sur leur expérience personnelle : « Donc c'est vraiment mon expérience personnelle principalement, puis après la fac, les cours et la conviction du bien-fondé de faire plein de vaccins ! » (M4).

M12 percevait son expérience sous un autre angle : « En fait, j'aurais pu devenir anti-vaccins à cause d'une anecdote. J'ai fait quatre vaccinations antivarioliques dans ma carrière, au tout début de mon installation en 1980, au moment où elle était encore obligatoire, mais déjà devenue inutile puisque la variole avait disparu. J'ai alors accepté de pratiquer ces vaccinations obligatoires dans les écoles, et un des quatre a fait une encéphalite grave. Donc le pourcentage de bénéfices-risques sur cette vaccination-là, pour moi, est très mauvais. Et même s'il n'y a pas eu de suites puisque c'était dans le cadre d'une délégation de l'État, en apprenant la nouvelle, cela m'a fait réfléchir sur nos pratiques... ».

Certains avaient été marqués par leur responsabilité dans le cadre d'un événement malencontreux en lien avec la vaccination de leurs proches : « Bon, aller je vais vous le dire (rires) : un des seuls non vaccinés de la rougeole de France, eh bien ça devait être mon petit-fils ! » (M12).

Quelques MG mentionnaient des désaccords avec les membres de leur famille, les ayant poussés à s'affirmer et à rechercher des informations sur les vaccins : « Quand je me suis disputée avec ma cousine qui a eu un enfant du même âge que Léonie et qui a décidé qu'elle ne ferait aucun vaccin, c'est à ce moment-là que je suis allée lui chercher les articles sur internet » (M8).

D'autres MG expliquaient avoir eu une éducation non favorable aux vaccins, tels que M4 : « Et après, les autres vaccinations... Bon, moi j'ai grandi à l'homéopathie ». Un MG avait aujourd'hui une opinion différente de sa famille sur les vaccinations, selon lui grâce à ses

études : « Voilà, j'ai fait mon rattrapage moi-même mais je n'étais pas trop aidée par mes parents (rires) ! On a des débats houleux en famille (rires) ! » (M13).

b) L'empathie et le contre-transfert

De nombreux MG interrogés éprouvaient de l'empathie envers leurs patients réticents, telle que M13 : « Et je comprends que l'on n'ait pas envie de faire quelque chose pour son enfant qui est imposé par la société, quand on n'a pas compris et que l'on a des peurs en plus ».

Par ailleurs, M4 exprimait être sujette au contre-transfert, générant une réflexion sur sa propre opinion ainsi que sur l'information transmise à ses patients : « Ce n'est pas du tout anodin. Je ne suis pas juste leur médecin quand je les soigne, il y a aussi le contre-transfert, et je me pose moi aussi des questions du type : « Que ferais-je à leur place ? » et « Puis-je décevantement vendre une politique à laquelle, sur certains points, je n'adhère pas à 100% ? » ».

Le contre-transfert est un terme emprunté à la psychanalyse pour désigner une réaction inconsciente de l'analyste face à son patient. Il est donc interprété comme une implication émotionnelle du médecin qui interfère de manière inconsciente dans la relation avec son patient.

c) La gestion de l'incertitude

La gestion de l'incertitude a pu être observée selon deux situations : l'attitude du MG face à la notion de risque inhérent aux vaccins, et son comportement lorsqu'il estimait avoir des connaissances médicales insuffisantes pour répondre à la demande des patients et transmettre une information de qualité.

Quelques MG verbalisaient accepter la part de risque inhérente à la vaccination : « Et puis, si l'on n'a pas de réponse, peut-être qu'il faut laisser le doute aussi... Il ne faut pas dire que tout

est rose... » (M1) ; « Mais quelque part, c'est l'acceptation du risque. On peut accepter un risque. On l'accepte bien pour conduire en voiture. Pourquoi ne l'accepterait-on pas pour des vaccins ? » (M7).

M4 avait le sentiment de manquer d'assurance, voire d'autorité pour affirmer sa posture : « Là, je me sens parfois un peu prise en défaut, par exemple quand je ne sais pas répondre à la question de l'aluminium... ».

D'autres MG signalaient leurs limites en termes de connaissances médicales et leurs difficultés à s'adapter aux parents réticents : « Je me dis juste que si j'avais plus de personnes réfractaires, il me manquerait des arguments » (M13) ; « La question des sels d'aluminium, je t'assure que je ne suis pas du tout préparée ! » (M4).

Plus de la moitié des MG ont manifesté le sentiment de devoir s'améliorer : « Enfin, tu vois, ne pas pouvoir répondre à cela me fait me poser plus de questions sur moi, et sur mes compétences en termes de vaccination. Alors qu'avant je ne me posais pas du tout ces questions, j'appliquais juste les recommandations ! » (M4).

d) La vision éthique de la profession médicale

L'opinion du MG apparaissait influencée par sa vision de l'éthique de son métier.

En effet, la quasi-totalité des MG exprimaient être très investis dans leurs rôles d'informateurs : « Alors pour moi, informer est obligatoire, indispensable je dirais même... Il y a un côté « transmission de la connaissance scientifique » par rapport aux vaccinations » (M14) ; « Et c'est très important de conserver ce rôle de médecin référent » (M12).

De nombreux MG considéraient qu'il leur incombait de transmettre une information de qualité à leurs patients : « Comme je le disais au début de notre discussion : quand ils viennent, c'est avec le souhait d'aller chercher l'information au bon endroit, auprès d'un professionnel de santé en qui ils ont confiance depuis très longtemps » (M12) ; « Il faut

répéter et essayer d'être clair. Et ça, je ne suis pas sûr qu'on le fasse bien... Car nous, on est clair dans notre tête, mais ce que l'on raconte, pfft... ! » (M7).

La plupart des MG se sentaient concernés par la mauvaise qualité des informations transmises par les médias et souhaitaient tenter de rétablir la vérité : « Il faut les aider à faire le tri dans les informations qu'ils peuvent recevoir, car certaines peuvent être très correctes, et d'autres beaucoup moins... Pour moi, c'est notre rôle » (M6).

Plusieurs MG disaient accorder une importance particulière à l'éthique de la communication : « J'essaie de ne pas les juger, même quand je ne suis pas d'accord avec eux, même quand parfois eux peuvent avoir des postures qui me heurtent... » (M4) ; et considéraient comme un prérequis à une relation médecin-patient saine : « Sinon les gens changent de médecin quand la relation fonctionne mal, car ce n'est pas possible, il faut pouvoir communiquer » (M5).

De très nombreux MG disaient se sentir responsables de leurs patients et, dans cette optique, l'un d'entre eux soulignait dissocier ses convictions et pratiques personnelles des informations transmises à ses patients : « Car j'estime que mon devoir, c'est de protéger les enfants » (M4) ; « Alors mon expérience personnelle, jamais. Parce qu'il y a des vaccins que je ne fais pas pour moi (rires) ! Donc je les fais aux autres, mais pas à moi » (M4).

Ainsi, cet engagement était parfois la source d'une remise en question : « Je ressens de la frustration quand je n'y arrive pas, alors que la question se posait beaucoup moins avant, donc je n'avais pas l'impression de ne pas y arriver » (M4).

Certains MG exprimaient un haut niveau d'exigence envers eux-mêmes dans la pratique de leur métier, et parfois même du mépris envers leurs collègues ne répondant pas à des principes moraux identiques : « Et puis moi je trouve qu'en tant que profession médicale ou paramédicale, on a une responsabilité vis-à-vis de nos patients, donc c'est inadmissible de ne pas se protéger. Je travaille aussi en maison de retraite et tous les ans, j'essaie un peu de relancer pour que le personnel se vaccine, mais la couverture n'est pas bonne... Voilà » (M14).

Quelques MG verbalisaient un refus sans équivoque d’octroyer des certificats de complaisance si la demande se présentait à l’avenir : « Oh la la non ! Alors là il en est hors de question ! Cela me choquerait énormément. Et puis ce serait non, bien évidemment » (M3).

La vision du rôle du médecin était associée à un sentiment de nostalgie et de désacralisation pour 5 d’entre eux : « Il n’y a plus ce caractère inconditionnel du conseil du médecin, tout cela est terminé » (M3).

e) L’effet « gourou »

À plusieurs reprises, nous avons observé des idées similaires développées par M4 et ses deux anciens maîtres de stage M12 et M14, également participants de notre étude, suggérant un effet « gourou ». La récurrence intra-entretien de ces idées était par ailleurs forte.

L’effet gourou procède de la création d’un être idéal, en l’occurrence un MG avec de l’expérience professionnelle, générant un effet d’assimilation de ses opinions.

Ainsi, M4 et M14 évoquaient la sensibilité importante des patients aux arguments émotionnels ; et M4 et M12 montraient un mécontentement face à la gestion des politiques de santé, et avaient à cœur de rappeler qu’ils souhaitaient se consacrer pleinement à chacun de leurs patients et non à la santé publique.

C. LE DILEMME DU RAPPORT AUX OBLIGATIONS LÉGALES

1. Satisfaction de la décision du gouvernement

Plusieurs MG avaient un sentiment de satisfaction globale concernant les communications des autorités, voire saluaient leur prise de position quant à l’obligation vaccinale : « Mais cela montre que le gouvernement s’est positionné en véhiculant

l'information que ces vaccins sont sans danger car, mine de rien, s'ils avaient été dangereux, eh bien ils auraient eu des problèmes ! » (M8).

En effet, certains MG identifiaient l'obligation comme une réponse adaptée à la baisse de la couverture vaccinale : « Mais je trouve cela rassurant que les enfants soient protégés par le système de santé » (M5).

Quelques MG avaient le sentiment d'une implication croissante de la part des autorités dans le champ de la médecine générale : « Mais, par rapport aux vaccins, je trouve que la décision de les rendre obligatoires nous a quand même bien aidés » (M14).

De nombreux MG déclaraient avoir confiance en les autorités scientifiques : « C'est justement pour cela que ce sont des recommandations et je m'en sers » (M5).

2. Le MG comme acteur des politiques de santé publique

La plupart des MG se sentaient impliqués dans les politiques de santé publique : « Je pense que l'on a encore notre part, nous sommes encore complètement acteurs » (M3).

Certains d'entre eux indiquaient être en faveur de l'obligation vaccinale du fait de l'opposition grandissante, mais auraient préféré qu'une prise de conscience collective ait lieu sans que l'on force les gens : « Après, je trouve cela dommage que l'on en soit arrivé là. Dans ma naïveté, j'aurais préféré que les gens comprennent l'importance de la vaccination sans que l'on ait besoin de les forcer, car cela braque toujours » (M5).

3. Non-adhésion de certains médecins aux décisions du gouvernement concernant la médecine générale

Quelques MG expliquaient aimer leur métier et se sentir pris en tenaille entre les intérêts individuels de leurs patients et les intérêts du gouvernement portant sur la santé

publique : « Les meilleurs intérêts des patients ne sont pas forcément au centre des décisions que prennent les gens... Alors qu'en fait moi, c'est ce qui me tient à cœur. Mes patients, c'est moi qui leur rends des comptes en fait. J'applique des ordres qui viennent d'en haut, et en fait c'est moi qu'ils viendront voir quand cela n'ira pas... » (M4).

Nombre de MG étaient désabusés face à la distance ressentie du gouvernement par rapport à la réalité du terrain : « Donc la solution simpliste de l'obligation, émanant de hauts fonctionnaires ayant d'autres objectifs que la santé de nos patients, n'est pas satisfaisante » (M12).

Certains MG déploraient l'inapplication des réformes gouvernementales concernant la médecine générale : « Donc quelques fois, je crois qu'il y a des gens parmi les politiques qui peuvent être attentifs et entendre, mais souvent il y a quelque chose qui commence et cela ne va pas jusqu'au bout... Comme si à un moment donné, ils étaient rattrapés par les autres politiques, les enjeux, les pressions qu'il y a peut-être derrière... Je ne sais pas, mais peut-être qu'il y en a... Car tout d'un coup, on voit que la bonne volonté s'épuise vite, ou s'arrête vite » (M9).

Plusieurs MG identifiaient l'obligation comme un événement déroutant et confusogène pour les parents : « Car ils ont l'impression que c'est quelque chose de nouveau, et que nous sommes passé de trois à onze vaccins en un an, alors qu'en pratique, cela n'a rien changé » (M4).

D'autres MG doutaient de la justification de certains vaccins et plusieurs désapprouvaient le concept de l'obligation : « Donc c'est ce qu'ils disent d'ailleurs dans *Prescrire* : « Trois étaient obligatoires, les huit autres étaient recommandées. Elles sont devenues obligatoires en 2018. Elles auraient toutes pu devenir recommandées. Les autorités ont fait le choix de l'obligation. Ils ont choisi de répondre par autoritarisme en considérant les parents opposés à des vaccinations comme irresponsables. Les autorités ont choisi de passer en force avec une attitude paternaliste, y compris face à ceux qui demandent plus de connaissances, notamment

sur les adjuvants. Cette réponse déresponsabilise parents et soignants, et entretient la suspicion ». C'est avec cela que je suis d'accord » (M9).

Quelques MG indiquaient se soumettre à l'obligation vaccinale à contrecœur et craindre une dénaturation voire une détérioration de leurs relations médecins-patients : « Mais j'ai peur de me sentir vraiment contrainte, et que, de ce fait, un manque de confiance s'installe avec certains parents. J'ai peur qu'ils me voient comme l'exécutante d'une loi, et pas comme leur médecin dans ces circonstances... » (M6).

Plusieurs MG identifiaient l'obligation comme génératrice de suspicion, voire de peur : « Les gens ont besoin de se sentir libres et, lorsque l'on rend des choses obligatoires, même si l'on est convaincu que c'est pour leur bien, ils se sentent agressés et tout cela amplifie leurs craintes, notamment du complot sur les labos, les lobbies... Et c'est très désagréable » (M5).

Quelques MG alertaient sur les dangers de la restriction des libertés liés à l'obligation. M4 insistait sur l'importance pour ses patients de la conservation de leur autonomie de prise de décision et condamnait l'ingérence de l'État : « Mais pour toute une partie de la population qui est parfaitement capable de prendre ses décisions toute seule, en son âme et conscience de façon éclairée, eh ben je pense que pour ceux-là, lorsqu'on vient leur expliquer comment il faut faire, c'est très difficile à entendre ».

M4 expliquait l'incohérence de cette loi mettant en opposition deux obligations : l'obligation vaccinale et l'obligation d'instruction (droit à l'éducation) : « Oui... Et puis, l'école étant une obligation, comment veux-tu mettre deux obligations l'une contre l'autre ? Comment va-t-on pouvoir, dans l'application, interdire l'accès à l'école à des enfants, alors que c'est un principe républicain, parce que l'enfant n'est pas vacciné ? Je ne vois pas comment c'est faisable ».

D. L'INFLUENCE DE LA DÉSINFORMATION DES PATIENTS

L'accès incessant à l'information et la désinformation véhiculée par les médias apparaissaient comme une influence notable dans la manière de communiquer des MG.

En effet, tous les MG interrogés identifiaient les médias, et en particulier internet, comme une source d'informations pour leurs patients : « Donc oui, les médias ont une influence sur tout ce qui se dit en matière de santé, et de vaccins en particulier » (M9) ; « Bah... internet, internet et internet (rires) ! Donc oui, internet essentiellement et puis parfois dans les magazines... Ils lisent des tas de choses et il en ressort des « on dit que » ... » (M14).

La plupart des MG portaient un jugement péjoratif sur l'influence des médias sur leurs patients : « De façon générale, j'ai tendance à trouver que pour les problèmes de santé, la médiatisation est néfaste, car elle fait des généralités à partir d'exceptions » (M4) ; « Je trouve que c'était de la très mauvaise communication, juste dans le but de les faire culpabiliser de vacciner leurs enfants » (M5).

De nombreux MG condamnaient l'absence d'objectivité des médias et la manipulation de l'information : « Beaucoup de gens lisent des articles sur Facebook et sur internet car c'est ce qui leur saute aux yeux, mais ces papiers sont très souvent biaisés et ne pèsent pas le pour et le contre » (M5) ; « Je pense qu'il existe beaucoup de manipulation d'informations » (M7).

Quelques MG considéraient les médias comme pourvoyeurs de polémiques et dénonçaient l'absence de suivi de la part de leurs patients, nécessaire pour comprendre les enjeux réels de la vaccination : « Ben écoutez, moi je suis quand même effarée de toutes les polémiques qui naissent à partir des médias, et qui n'aboutissent pas. Voilà. Une fois que les médias ont mis le feu, il reste plein d'arrière-pensées et il faut ramer derrière pour convaincre... » (M3).

Plusieurs MG identifiaient une volonté néfaste de « faire du buzz » de la part des médias : « Mais jusqu'à maintenant c'était plutôt du genre « Oh il y a un doute sur quelque chose... Hop on lance la rumeur ! ». Insupportable ! » (M8).

Certains MG observaient une sensibilité du grand public aux éléments sujets à controverse, plutôt qu'aux répercussions positives des vaccins : « Ben on est plus sensible aux communications négatives, telles que « obligation », « épidémie » ... » (M3) ; « On n'entendra jamais « Oh j'ai fait vacciner mon fils et tout va bien ! », non... On ne le dira que s'il y a eu un problème faisant suite à un vaccin, qui peut d'ailleurs n'avoir aucun rapport, mais les liens sont facilement faits lorsque l'on a peur » (M5).

De nombreux MG assistaient à l'instigation du doute via les informations à connotation négative régulièrement diffusées par les médias : « Ils étaient donc inquiets, et disaient : « Vous savez ce que l'on entend à la télévision ou à la radio... ce que l'on a lu dans les journaux ? » » (M4) ; « En effet, ils sont souvent noyés par plein de choses, notamment les « on dit », ou la déferlante d'articles qu'ils ont lus sur internet... » (M14).

La plupart des MG soulignaient le manque de connaissances scientifiques des patients au sujet des vaccins : « Et les gens sont complètement divisés : il y a les convaincus pro et les convaincus contre, sans aucun substrat scientifique. Et c'est très dérangeant » (M3) ; « Et puis cela reste valable pour tous les sujets : il existe des articles bien faits et d'autres non ; et la grande majorité de nos patients n'a pas la formation ni les connaissances nécessaires pour faire le distinguo » (M5).

Les MG décrivaient une adaptation délicate de leur pratique à l'influence croissante des médias, en particulier internet : « Alors en fait, je le percevais mieux s'il n'y avait pas cette question de la médiatisation des vaccins, qui nous, enfin en tous cas ME rend la vie assez difficile dans ma pratique quotidienne » (M4).

Plusieurs d'entre eux insistaient sur le fait qu'une information de qualité aurait pu éviter le recours à l'obligation : « Je pense que si les gens savent à quoi ils exposent leurs enfants sans les vacciner, cela pourra faire changer les choses beaucoup plus facilement qu'en les obligeant à les vacciner. Je crois qu'ils ont simplement besoin de savoir ce que sont les oreillons, la diphtérie... Ça, ils ne savent plus. Et ils ne l'ont jamais appris à l'école. Pour

moi, le principal point à améliorer est la connaissance de ces maladies par la population générale » (M6).

Ainsi, quelques MG exprimaient que l'obligation avait facilité le déroulement de leurs consultations : « Mais il est vrai que depuis le 1^{er} janvier, c'est beaucoup plus facile. Et je trouve même que pour ceux qui ne sont pas encore dans l'âge des vaccins obligatoires, ça discute moins... Ils remettent moins en cause tout cela » (M14).

E. L'ADAPTATION DE LA COMMUNICATION AUX DIFFÉRENTS PROFILS DE PATIENTS RENCONTRÉS

« On voit bien qu'il y a de nombreux types de parents différents... S'adapter et faire du cas par cas est pour le moi le but de notre métier et, plus généralement, la base nécessaire aux rapports humains » (M5).

Notre étude a mis en évidence trois grands profils distincts de patients : les patients qualifiés de « confiants » ayant une bonne relation avec leurs médecins et considérant ses recommandations avec attention ; les patients « indécis », inquiets pour différents motifs (inhérents à leur personnalité ou à leurs préoccupations quant aux vaccins) et plutôt sensibles aux arguments émotionnels ; et les patients défiants voire « anti-vaccins », semblant difficilement accessibles au raisonnement.

1. Les patients confiants

La plupart des MG expliquaient constater une fréquence limitée des difficultés lors des échanges sur les vaccins et entendaient peu d'inquiétudes de la part de leurs patients : « Parfois, ils ont un avis, mais il suffit de discuter, d'échanger, et tout de suite, cela s'arrange. Donc je n'ai pas de soucis » (M3) ; « Il y a juste eu quelques fois où j'ai été face à de vrais

retords avec du Professeur Joyeux et compagnie mais sinon cela se passe plutôt vraiment bien... » (M8).

Nombre d'entre eux étaient en mesure d'identifier des parents proactifs dans la vaccination de leurs enfants : « Mais ils savent qu'ils doivent les faire et ce sont eux qui évoquent spontanément la question : « Alors au fait les vaccins, où en sommes-nous ? Est-il à jour ? Y en a-t-il d'autres à faire ? » ... » (M2).

Quelques MG constataient l'absence de recherche d'informations de la part des parents, dans l'enceinte du cabinet ou en dehors : « Euh... Je pense qu'ils ne se posent pas de questions. Ce sont des vaccins que moi je leur ai toujours faits, et ils ont dû le ressentir comme des vaccins obligatoires, alors qu'ils ne l'étaient pas, mais ils n'en savaient rien, simplement » (M7).

De nombreux MG étaient témoins de l'adhésion de leurs patients, parfois trop importante et inconditionnelle selon eux : « mais aujourd'hui, beaucoup de gens ont tellement besoin d'être pris par la main... Il faut penser à leur place ! C'est assez effrayant parfois » (M7).

2. Les patients inquiets

Certains MG disaient percevoir l'inquiétude de leurs patients pendant les consultations, bien que ces derniers ne l'expriment pas forcément : « Ce que je perçois de façon générale, c'est plutôt de l'anxiété » (M2) ; « Même s'ils ont l'air de tout prendre naturellement, à mon avis cela n'est pas anodin et il y a toujours une petite appréhension au fond d'eux » (M12).

Les MG soulignaient tous que leurs patients s'informaient par eux-mêmes en dehors du cabinet, phénomène à l'origine de réticences : « Ce que je ne supporte pas, c'est internet ! Effectivement, là je ne peux rien faire... À partir du moment où les gens vont trop fouiner on va dire, c'est qu'il y a une résistance » (M3) ; « Donc quand ils viennent, ils viennent déjà

avec certaines questions : la question de l'aluminium, la question du cumul des vaccins dans un même produit, des doses cumulées... » (M9).

Un petit nombre de MG identifiaient des parents se posant des questions, notamment sur la justification des vaccins : « Je fais les suivis de grossesse aussi. Je vois toutes les mamans qui se questionnent et s'interrogent, et qui précisément viennent me voir parce que le bouche-à-oreilles marche très bien (rires) ! » (M9).

La moitié des MG observaient une réassurance des parents lorsque le médecin apparaissait en individu égal et constataient une sensibilité particulière aux arguments émotionnels, plutôt que scientifiques : « En fait, c'est souvent lorsqu'ils me posent simplement la question « qu'est-ce que vous feriez, vous ? » » (M8) ; « Et c'est amusant car je constate que l'argument « mes filles sont vaccinées », eh bien ce n'est pas scientifique du tout, mais cela rassure les gens... Et je dirais même que cela les rassure plus que les arguments scientifiques ! » (M14).

Quelques MG identifiaient la recrudescence de la rougeole comme un facteur générateur d'inquiétude et facilitant la vaccination : « La rougeole, c'est bien en ce moment car il y a eu plein d'épidémies, alors cela fait un peu peur aux gens donc c'est plus facile (rires) ! » (M13).

3. Les patients défiants : profil-type rencontré par les MG

Comme décrit précédemment, la quasi-totalité des MG estimait rencontrer peu de difficultés concernant les vaccins. Néanmoins, ces mêmes MG étaient tous en mesure d'identifier au moins un ou deux patients très réfractaires au sein de leur patientèle : « Après, il y a toujours des gens qui demeurent sur le mode « de toutes façons, la vaccination, c'est un complot ; et les études, c'est un complot aussi ! ». Et puis, il y en a même une un jour qui m'a sorti : « Tout cela c'est n'importe quoi, c'est vous qui ne lisez pas ce qu'il faut ! » (Rires) » (M8).

Pour la moitié d'entre eux, le rejet des vaccins s'apparentait à une posture, voire à un mode de vie global : « Maintenant, le problème pour moi, c'est que c'est une posture : les anti-vaccins ne sont donc pas des gens que l'on va réussir à convaincre. Par exemple, ceux qui partent et se perdent dans la théorie du complot sont complètement inaccessibles. Et cela est valable sur de nombreux autres sujets : le Levothyrox®, les statines... » (M8).

Quelques MG soulignaient le nombre important de polémiques en France et suggéraient une identité contestataire spécifiquement française : « Enfin, il n'y a qu'en France que les gens sont anti-vaccins de toutes façons... C'est très spécifique ça, c'est marrant, je ne comprends pas... » (M7).

De nombreux MG trouvaient que les patients réticents ne se basaient pas sur des arguments rationnels : « Parce que la plupart du temps, ceux qui sont opposés, ils le sont sans aucune base rationnelle. Ils ne viennent pas en apportant des preuves du type « ce n'est pas bon pour la santé, etc. ». Donc tu es assez démunie face à des gens n'ayant pas un discours rationnel, mais plutôt très émotionnel, venant avec leurs peurs et tout le battage médiatique... » (M4).

Certains MG caractérisaient l'inaccessibilité à la discussion des patients réfractaires : « J'ai les arguments scientifiques pour leur faire face, mais le problème c'est que les vrais anti-vaccinaux, ce sont des gens qui ne raisonnent pas sur une base scientifique avec des études... » (M8).

Un MG dénonçait l'ambivalence des patients opposés aux vaccins mais ne cherchant pas à se renseigner sur le sujet de façon objective.

M7 expliquait s'adapter à chaque profil de patient défiant, en fonction de l'inquiétude prédominante : « Et après, c'est au cas par cas pour les anti-vaccins, où là il faut louvoyer... ».

Un faible nombre de MG dénonçaient le manque de suivi médical des enfants de parents « anti-vaccins » : « Et surtout, je pense qu'on ne voit pas les enfants de ceux qui refusent catégoriquement » (M5).

Quelques MG réprouvaient l'attitude de ces patients et dénonçaient l'individualisme patent de notre société : « Il y a aussi « de toutes façons les autres sont vaccinés, donc cela protégera bien les enfants », jusqu'au moment où c'est eux qui l'ont évidemment... » (M3).

À titre indicatif, les différentes origines des réticences des patients envers les vaccins étaient :

- Antécédents familiaux d'effets indésirables post-vaccinaux ;
- Comparaison avec les politiques vaccinales d'autres pays européens ;
- Conséquences immédiates du vaccin ;
- Convictions religieuses en opposition avec les vaccins ;
- Crainte d'un danger potentiel général des vaccins ;
- Craintes des lobbies pharmaceutiques voire adhésion à la théorie du complot ;
- Excipients (et maladie d'Alzheimer liée à l'aluminium) ;
- Expériences de vie ;
- Injection de la maladie par le biais du vaccin ;
- Inquiétude quant au nombre de vaccins ou de piqûres ou à l'existence de nouveaux vaccins pour de nouvelles maladies ;
- Méfiance vis-à-vis du gouvernement ;
- Mise à l'épreuve disproportionnée du système immunitaire ;
- Remise en cause de la justification du vaccin, de son intérêt ou de son efficacité ;
- Risque de maladies auto-immunes.

4. Le vécu de la défiance

Pour de nombreux MG, la défiance générait un sentiment de colère : « Il y a donc des échanges, qui sont parfois très intéressants, et parfois très irritants (rires) ! » (M3).

La plupart des MG exprimaient un sentiment de désarroi face au rejet des vaccinations et au manque de connaissances, voire à l'absence de désir de s'informer de la population : « Les gens oublient ce qu'est une rougeole, une coqueluche... La mémoire de l'homme est malheureusement très courte » (M2).

Nombre de MG se montraient désabusés face aux patients « anti-vaccins » : « Par contre, je ne me bats pas. Je n'ai pas trop d'énergie à mettre là-dedans » ; « Et quand je suis face à des parents qui ne sont absolument pas réceptifs et que j'ai utilisé tout mon arsenal d'arguments, eh bien je laisse tomber » (M4) ; « C'est sûr que d'un point de vue foi en l'humanité et l'intelligence de l'espèce humaine, cela serait mieux (rires) ! Mais je ne suis pas sûre que l'on y arrive un jour ! » (M8).

5. L'influence de la classe sociale

Les MG interrogés constataient une relation de dépendance entre la classe sociale (et le lieu d'habitation) et l'opinion de leurs patients sur la vaccination.

Quelques MG identifiaient le lieu d'exercice comme un facteur favorisant l'adhésion aux vaccins : « Je vous le dis, nous ne sommes pas dans un quartier qui pose problème... » ; « Mais, pour les vaccinations, cela doit être un peu plus facile à Paris que dans d'autres villes ou régions, car les gens savent que pour faire garder leurs enfants, notamment à la crèche, ils doivent être vaccinés. Donc le travail est un peu prémâché... » (M3).

Certains MG constataient une association entre précarité socio-économique et avis favorable à la vaccination : « Après j'ai aussi de nombreux patients venant de la Zone à Urbaniser en Priorité... Mais, honnêtement, ce ne sont pas ceux qui posent le plus de problèmes, qui vont poser le plus de questions et qui vont être les plus réticents à la vaccination » (M8).

Quelques MG expliquaient que les patients d'origine étrangère considéraient plus souvent le MG comme « sachant » et ne remettaient pas en cause son discours, voire étaient

demandeurs en ce qui concerne les vaccins : « Ce n'est pas forcément mes patients ne parlant pas français qui me posent le plus de difficultés finalement ! Pour eux, la médecine fait autorité. Ils viennent de pays et de cultures extrêmement différentes, et quand le médecin dit quelque chose, il dit la vérité » (M4).

F. LES DIFFÉRENTES STRATÉGIES DE COMMUNICATION

1. L'approche centrée-patient

Certains MG identifiaient leur posture comme celle d'un conseiller au sein de la relation médecin-patient : « Euh... Je n'ai pas de posture particulière. Je dirais une posture informative, aussi bien pour ce qui est obligatoire que ce qui ne l'est pas. J'essaie d'être neutre » (M12) ; « En médecine générale, on est là pour conseiller et insister quand on pense que c'est vraiment important » (M5).

Quelques MG avaient le souhait de favoriser en premier lieu les rapports humains, en plaçant le statut de « médecin-sachant » en retrait : « Je m'appuie aussi surtout sur le côté humain, outre le côté médecin et médical pur... Je pense qu'ils ont aussi besoin qu'on leur parle concrètement, presque d'égal à égal, et pas de médecin à patient » (M6).

Peu de MG rappelaient l'importance d'être à l'écoute de leurs patients et prônaient leur individualité : « Quelques fois, et je suis d'accord avec cela, le fait de les écouter suffisamment, c'est déjà le début du traitement » ; « On va aller les écouter dans leur individualité » (M9).

Plusieurs MG mettaient en avant le libre-arbitre de leurs patients : « Ma conviction intime est qu'il faut le faire, mais les patients demeurent libres de leurs choix » (M5) ; « Et nous ne sommes pas non plus là pour les juger, ils ont le droit de penser ce qu'ils veulent, même si nous ne sommes pas toujours d'accord ! » (M6).

De nombreux MG montraient sans ambiguïté leur application du concept de décision médicale partagée : « Mais tout de même, c'est-à-dire être vraiment sur ce que le patient veut pour lui. Il sait quelque chose de sa santé, et de ce qu'il souhaite pour sa santé » (M9) ; « Après, je leur rappelle qu'il y a des choses à faire, qui sont maintenant obligatoires effectivement... Je leur dis plutôt « n'oubliez pas qu'il faudrait faire tel ou tel vaccin à telle ou telle date... », au lieu de « vous n'avez pas le choix, c'est comme ça ». J'essaie de les accompagner, plutôt que de les décider en fait » (M1).

Quelques MG faisaient le choix de ne pas forcer leurs patients à appliquer l'obligation vaccinale : « Alors je n'insiste jamais. Quand je vois qu'il y a une résistance, j'argumente, mais je ne force pas. Ils gardent la main » (M3).

Plusieurs MG soulignaient la nécessité de rechercher les craintes de leurs patients, d'en comprendre les causes et de tenter de les rassurer : « S'ils ont des réticences, il faut en rechercher les causes et faire le nécessaire pour les tranquilliser » (M5).

Quelques MG conseillaient à leurs patients de consulter d'autres professionnels de santé afin de multiplier leurs sources d'informations et les types d'interlocuteurs : « Je lui ai d'ailleurs conseillé d'aller voir d'autres interlocuteurs pour qu'elle puisse avoir d'autres informations, ne venant pas que de moi... » (M15).

Il est à noter que M4 caractérisait les réticences des patients comme une conséquence paradoxale de la décision médicale partagée : « Mais ça, c'est quelque chose qui survient à cause de la loi, car on a mis le patient au cœur de sa santé, on a essayé d'arrêter d'avoir une médecine où l'on expliquait aux gens ce qu'il fallait qu'ils fassent. Donc on essaie d'être à l'écoute et de prendre en compte leur avis, et en même temps on vient leur expliquer que « Non, pour les vaccins, ce sera comme ça ». Donc c'est une posture hyper ambivalente ! ».

2. Les arguments d'autorité

a) *Attitude à tendance paternaliste*

Plusieurs MG se revendiquaient sûrs d'eux quant au sujet des vaccinations : « Ah très sûre de moi ! Je suis convaincue de ce que je dis et de ce que je fais. Donc je ne me remets pas en cause, enfin pas en doute plutôt ! » (M14).

Quelques MG soulignaient l'aspect « sachant-ignorant » de la relation médecin-patient : « Et quand ils en parlent avec leur médecin, ils ressentent le fait qu'en face, on est scientifique... En effet, ils sont souvent noyés par plein de choses, notamment les « on dit », ou la déferlante d'articles qu'ils ont lus sur internet... Mais en consultation, ils peuvent aborder ces sujets avec un interlocuteur en face qui s'avère capable de répondre » (M14).

Pour M7, la longue relation médecin-patient apparaissait comme un motif acceptable pour s'octroyer la liberté de vacciner ses patients sans aborder le sujet au préalable : « Donc ils connaissent mes convictions, et ils ne se posent même pas la question, je pense... » ; « Et cela fait vingt ans que je fais l'Hexa®, Prévenar®, Nesvac® et compagnie, et c'est comme ça. Point barre » ; « Mais les autres, de toutes façons, je ne leur demande pas, donc c'est réglé ! » ; « Mais je trouve que c'est pas mal du tout car, comme les gens sont réticents, ben il faut un peu les contraindre et puis voilà... Mais c'est dans mon état d'esprit ! ».

La moitié des MG considéraient que le caractère obligatoire n'avait pas besoin d'être explicité, voire n'abordaient pas le sujet de l'obligation vaccinale sciemment lors de leurs consultations : « Ben moi je ne l'amène pas, je ne l'ai jamais amené, j'ai toujours fait ces onze vaccins depuis belle lurette (rires) ! » (M7).

De nombreux MG déploraient le manque d'écoute des recommandations du médecin, bien que certains d'entre eux axaient leur pratique sur la décision médicale partagée : « Voilà, on a beau essayer de renseigner les gens, de leur dire qu'il ne faut pas traîner... que certes, on peut leur donner un petit peu de temps pour réfléchir, mais qu'il faut suivre le schéma des injections, rien n'y fait » (M2).

b) Argument législatif

Face aux parents réticents, certains MG utilisaient l'argument de la nécessité des vaccinations pour l'admission en collectivité : « En revanche, on leur explique que, le jour où ils viendront nous voir pour le certificat des vaccinations à jour pour l'école, eh bien ils ne l'auront pas (rires) et que, à ce moment-là, ils se débrouilleront avec la médecine scolaire, la PMI... car on ne le fera pas ! » (M5).

Plusieurs MG identifiaient l'obligation vaccinale comme un facteur facilitant leur pratique quotidienne, puisque l'argument législatif limitait toute forme de remise en question : « Et alors depuis que c'est obligatoire, effectivement c'est encore plus simple ! » (M11) ; « Et depuis l'obligation vaccinale, j'ai tendance à leur dire que, de toutes façons, c'est comme ça (rires) ! » (M14).

M14 expliquait consacrer moins de temps au sujet des vaccins depuis la mise en place de l'obligation vaccinale : « Euh... Beaucoup moins depuis que c'est devenu obligatoire (rires) ! Non mais c'est vrai ! » (M14).

3. Les arguments de conviction

a) D'ordre rationnel

Plusieurs des MG interviewés assimilaient l'information sur les vaccins à une forme d'éducation à plusieurs reprises : « En fait, je suis toujours très didactique ! J'essaie d'expliquer, je reprends tout et je dis comment est la loi et ce qu'elle implique, tout en signalant les risques » (M4) ; « Oh je pense qu'il faut répéter ! Comme pour toutes les formes d'éducation en général. Il faut répéter et essayer d'être clair » (M7).

Les différentes stratégies de conviction faisant appel à la rationalité étaient les suivantes :

- Quelques MG déclaraient procéder à l'information sur les vaccinations le plus tôt

possible, afin de consolider la confiance des patients : « Donc l'éducation, je la commence très tôt, j'accompagne, je laisse du temps... » (M9).

- De nombreux MG signalaient utiliser la répétition pour convaincre, avec une importante récurrence intra-entretien, notamment pour M14 : « Mais cela ne se fait pas en une seule fois. On peut revenir sur le sujet en plusieurs fois » ; « Mais en y revenant régulièrement, sans être intrusif ni dictatorial, il en existe certains qui finissent par dire oui... Voilà ».
- Plusieurs MG expliquent profiter des consultations liées à d'autres motifs pour aborder à nouveau le sujet : « J'en parle tôt, et si les parents ne sont pas décidés, je le note dans le dossier, puis j'y reviens dès que je vois les enfants pour autre chose. Je fais donc un petit rappel dès que j'en ai l'opportunité ! » (M14).
- M7 utilisait le concept des interventions brèves, à l'instar de l'entretien motivationnel : « Ben pour ceux-là je reviens souvent à la charge, mais du genre intervention brève, comme pour le tabac. Tu vois, un petit « Et sinon les vaccins ... ? » (Rires) ».
- La plupart des MG adoptaient des phrases-clés : « Donc il y a des phrases clés du style « il ne faut pas avoir peur des vaccins, mais de la maladie » ou alors « j'ai vacciné mes enfants » ... » (M3)
- Certains MG utilisaient des métaphores, questions rhétoriques, comparaisons avec la vie quotidienne ou encore le raisonnement par l'absurde pour interpeller leurs patients sur leurs modes de raisonnement : « Je leur dis : « Vous ne voulez pas de risque ? Vous voulez le risque zéro ? Dans ce cas, vous ne prenez plus votre voiture. Vous ne la prenez plus hein, parce qu'une voiture, c'est BEAUCOUP plus dangereux que les vaccins ! Quand même : 3 500 morts par an, 10 000 estropiés... C'est très très dangereux la voiture ! Donc à partir d'aujourd'hui, vous faites tout à pieds, en métro et en train. Non, parce que c'est un danger trop important ». Alors forcément, ils sont là :

« Ouiiii, mais ça n'a rien à voir ! » ; « Bah si ! Vous ne voulez pas de risque... Prenez donc des outils sans risque : le métro, le train... Il n'y a quasiment jamais de morts dans ces trucs-là. Même l'avion... et surtout l'avion d'ailleurs, relativement au nombre de kilomètres parcourus ». Mais là les gens rétorquent : « Ah oui, mais je ne peux pas faire sans ma voiture... » ; « Aaaaah oui je suis bien d'accord... Donc quand cela vous arrange, vous faites avec (rires) ! ». Bon, c'est vrai que cela n'a rien à voir. Mais quelque part, c'est l'acceptation du risque ». (M7)

- Un faible nombre de MG disaient avoir recours à l'humour pour aborder le sujet des vaccins, considéré comme délicat : « L'humour, beaucoup. Pour faire accepter des trucs quand je ne veux pas être trop paternaliste ou trop raide. Je trouve que cela aide beaucoup : cela détresse les parents et détend les enfants, surtout quand ils viennent pour une piqûre » (M4).
- Plusieurs MG alertaient leurs patients sur les dangers de raisonner à partir d'un cas particulier : « Alors vous voyez, vous vous focalisez sur un cas d'un côté, moi je vois un cas de l'autre, et statistiquement, ce n'est pas la même fréquence entre ceux qui auraient potentiellement quelque chose suite à un vaccin et ceux qui n'étaient pas vaccinés et sont morts de ne pas avoir été vaccinés ! » (M14).
- Nombre de MG les encourageaient à faire des recherches de leur côté ou à en discuter avec eux : « Et surtout, s'ils ont vu des choses qui les ont interpellés sur certains sites, je leur dis de les noter afin qu'on les regarde ensemble en consultation » (M5)
- Quelques MG citaient des études de grande ampleur pour corroborer leurs propos : « J'ai réussi à convaincre des patients qui justement étaient indécis car ils manquaient de connaissances, et une fois qu'on leur cite des études en leur disant « Vous allez sur ce site, il en existe plus de 300 référencées, avec 3000 patients inclus dans de nombreux pays... Comme par exemple pour l'hépatite B, nous n'avons prouvé aucun lien avec la sclérose en plaques » » (M8).

- D'autres expliquaient les concepts de protections individuelle et collective afin de montrer le double intérêt de la vaccination : « Euh... Ben si l'on en parle un peu, moi je leur dis qu'il y a deux aspects dans la vaccination : la protection individuelle, comme avec le tétanos, chacun pour soi ; et puis la protection collective, car plus il y a de gens vaccinés, moins il y a de pénétration du pathogène » (M7).

Les arguments scientifiques utilisés pour convaincre étaient les suivants :

- Absence de lien de causalité prouvé entre la vaccination et le développement d'une maladie auto-immune ;
- Absence de risque de transmettre la maladie par le biais du vaccin ;
- Absence de traitement curatif, notamment pour la rougeole ;
- Biais cognitif des maladies aujourd'hui peu fréquentes et semblant donc disparues à tort ;
- Biais informatif des maladies non abordées ou médiatisées car moins fréquentes
- Clarification des différents statuts de vaccins auparavant obligatoires et recommandés ;
- Croyance erronée sur les maladies supposées exister seulement dans les pays en voie de développement ;
- Décortication des arguments des patients « anti-vaccins » afin de montrer qu'ils ne sont pas crédibles ;
- Efficacité des vaccins scientifiquement démontrée ;
- Éradication de certaines maladies grâce à la vaccination ;
- Explication de l'immunologie et de l'intérêt des vaccins ;
- Explication de l'évolution de l'épidémiologie des maladies, à l'aide de statistiques de santé publique ;

- Explication des raisons de l'obligation vaccinale ;
- Explication du mode de transmission des maladies ;
- Éviction de la maladie ou de ses complications, voire de la mort ;
- Faible couverture vaccinale mettant les enfants en danger ;
- Identification de la vaccination comme un progrès majeur et un privilège auquel d'autres sociétés n'ont pas accès ;
- Injustice universelle de la maladie ;
- Innocuité de l'aluminium, quantité injectée négligeable car faible nombre de vaccins et faible concentration dans le produit, et quantité nettement supérieure d'aluminium ingéré via l'alimentation ;
- Innocuité des vaccins scientifiquement prouvée ;
- Intérêt de disposer des moyens de prévention existants ;
- Invocation des recommandations officielles ;
- Mêmes vaccinations auparavant déjà recommandées ;
- Moyen de protection contre des urgences infectieuses mortelles ;
- Pratiques identiques avant et après l'obligation vaccinale ;
- Propagation des épidémies actuelles de rougeole, comme le démontre l'actualité médiatique ;
- Risque de voyager sans être vacciné, notamment contre l'hépatite B, très important ;
- Vaccins connus et utilisés depuis longtemps, preuves de leur fiabilité.

b) D'ordre émotionnel

Les arguments de conviction d'ordre émotionnel pouvaient se diviser en deux catégories : l'utilisation de son expérience personnelle pour les patients sensibles à l'aspect

humain de la relation médecin-patient et à la vision du médecin comme individu égal ; ou le recours à des méthodes d'influence plus « sentimentales ».

De nombreux MG utilisaient leur expérience personnelle pour convaincre, notamment le choix de vacciner leurs propres enfants (et un MG, de se vacciner lui-même) ou les histoires de patients rencontrés au cours de leur cursus ou carrière en ayant recours à la compassion : « Donc parfois ils me posent la question, ou alors je le dis spontanément de moi-même : « Mes deux filles sont vaccinées, si cela peut être un argument pour vous » » (M14) ; « Par contre, je peux avoir recours à des cas que j'ai vécus dans mon entourage ou dans les patients que j'ai pu avoir par le passé, etc. » (M4).

Quelques MG avaient une attitude culpabilisante envers leurs patients : « Et puis je leur dis : « Bien sûr que l'on peut ne pas se vacciner pour la polio en France, on ne risque rien, puisque tous les autres sont vaccinés (rires) ! Cela ne risque pas de rentrer, évidemment ! On peut toujours se vanter de ne pas l'avoir attrapé, mais c'est grâce aux autres ! » » (M7).

Plusieurs MG tentaient de générer un sentiment de peur : « Mais c'est tellement grave une méningite. Il n'y a pas le temps ! Une méningite qui démarre, si votre femme, votre fils ou qui que ce soit, n'est pas sous traitement dans les quelques heures, de toutes façons, il est cassé ! Ben oui il est fichu ! Je veux dire, la moitié meure, 25% ont des séquelles définitives et 25% restent bien vivants en bonne santé... Mais il faut un délai de traitement ultra court. Donc, je leur dis : « Pour peu que ça démarre un dimanche, que vous traîniez un peu parce que vous n'avez pas percuté tout de suite la gravité... ». Dans le purpura fulminans, les gens, ils dégagent en quatre heures quoi ! » (M7).

Certains MG pointaient les mauvais choix de parents amenant à l'obligation vaccinale, en montrant insidieusement que les chances de protéger leurs enfants sont à saisir : « J'explique que la décision a été prise par le gouvernement car les chances de vaccinations n'ont pas été saisies par la population générale. En effet, il n'y a pas eu assez de vaccinations faites, donc

les enfants ne sont aujourd'hui pas suffisamment protégés. C'est donc bien pour cette raison que les vaccins sont devenus obligatoires » (M14).

Quelques MG faisaient appel à leurs responsabilités en tant que parents et mentionnaient le désir de mettre leurs enfants en sécurité : « Parfois, je leur dis simplement que je cherche à protéger leur enfant, et que « Si l'on s'obstine un peu à vacciner les enfants, c'est car ces derniers n'ont pas leur libre-arbitre. Donc, en tant que parents, vous avez envie du meilleur pour eux et la vaccination est le meilleur moyen de les protéger » (M5).

4. L'utilisation de supports

De nombreux MG n'utilisaient pas de supports d'information dans leur pratique quotidienne et préféraient la communication verbale : « C'est vrai que je n'ai pas de documents à leur donner... Je préfère pour l'instant leur parler » ; « Sinon je n'utilise pas d'outils de façon générale car les gens croient ce que je leur dis (rires) ! Mes explications verbales semblent suffire et je n'ai jamais eu besoin de leur montrer des articles ou des choses plus spécifiques pour les convaincre » (M5).

Quelques MG exploitaient le carnet de santé pour transmettre des informations aux parents : « D'ailleurs, quand ils viennent avec tous leurs enfants, ils ont souvent le carnet de santé des aînés, et je leur montre qu'il y avait déjà onze vaccins, et que oui, j'ai toujours vacciné leurs enfants comme cela... » (M4).

Plusieurs MG aimaient donner des statistiques sur les maladies dans le but d'avoir un argumentaire concret : « On aurait besoin d'avoir régulièrement des statistiques, pour illustrer nos propos et puis savoir où l'on en est au niveau de la couverture vaccinale » ; « Mais c'est vrai que si j'avais un peu plus de chiffres pour être « plus scientifique » vis-à-vis des parents, ce serait encore mieux ! Ça j'estime que j'en aurais bien besoin ! » (M14).

Quelques MG exprimaient avoir conscience de ne pas suffisamment utiliser les outils existants : « Non, je pense qu'il y a des outils déjà existants que je n'utilise pas assez ! » (M13).

Plusieurs MG étaient enthousiastes face à l'élaboration du kit d'information *Vaccination* par Santé Publique France : « Donc non, ça ne me dit rien, mais ça m'intéresse beaucoup de l'avoir ! » (M5). Néanmoins, 11/15 MG ne connaissaient pas l'existence de ce kit, plusieurs mois après sa mise à disposition.

Certains MG disaient se servir du calendrier vaccinal dans leur pratique quotidienne, mais à titre personnel et non pour informer leurs patients : « Je télécharge le calendrier vaccinal et je l'ai sur clé USB tout le temps. Je le regarde souvent par rapport aux rattrapages, car parfois je suis un peu perdue » (M13).

5. Rôle de la temporalité

Le rôle du temps accordé à l'échange pendant la consultation, et parfois même en dehors de ce cadre, apparaissait primordial pour 7/15 MG : « Car c'est avec le temps qu'on arrive à convaincre les gens. En expliquant, réexpliquant, encore et encore... » (M5).

La moitié des MG déclaraient prendre le temps jugé nécessaire pour informer en cas de questions : « Moi, je peux passer trente minutes au lieu de vingt avec chaque patient si j'estime que cela est nécessaire » (M5) ; « Par contre, à partir du moment où l'on aborde le sujet et où le patient est intéressé, je prends le temps de lui répondre. Même si je suis en retard, je prends le temps qu'il faut s'ils sont intéressés » (M8).

Quelques MG identifiaient le manque de temps comme une entrave à la bonne communication, voire à la prise en compte de l'individualité de chaque patient : « Je suis consciente que c'est un luxe d'avoir du temps car quand on n'en a pas, notamment lors des journées surchargées, c'est là que l'on va dire « de toutes façons c'est comme ça et il faut les

faire » et que l'on reproduit les consultations à l'identique pour tous nos patients, sans justement s'adapter à chacun d'eux » (M5).

Quant à la recherche d'informations sur les vaccins de la part des MG, certains mentionnaient manquer de temps et avoir besoin que cette démarche soit faite au préalable et que les informations soient facilement accessibles : « Pendant nos études, on nous apprend ce qui est recommandé pour des tas de bonnes raisons, donc je ne vais pas aller vérifier toutes ces informations car je n'ai pas le temps et puis, d'autres l'ont fait pour moi » (M5).

D'autres MG expliquaient avoir conscience que l'évolution des mentalités ainsi que des pratiques requiert du temps : « On s'aperçoit que parfois il faut du temps pour que les choses se mettent en place, et que ce n'est pas en trois ou quatre mois que l'on modifie aussi bien les pratiques des médecins que les perceptions des patients » (M12).

G. LES TRAVERS DE LA COMMUNICATION

Quelques MG ont attiré l'attention sur le fossé existant entre ce qu'ils pensent dire, ce qu'ils disent vraiment et ce qui est compris par les patients : « Moi, j'ai déjà été consulté pour des tas de choses, et puis les gens me disent ce qu'ils ont entendu... mais je ne me souviens pas avoir dit cela ! Euh... enfin je ne me souviens pas, et ça me paraît bizarre que j'ai pu leur dire cela... Mais qu'est-ce que les gens entendent vraiment ?? Cela ressortait bien dans les entretiens d'une thèse sur le sujet, et c'était franchement à mourir de rire (rires) ! Parfois, cela ressemble vraiment à un dialogue de sourds... Mais je pense que dans nos consultations effectivement, nous on essaie d'être synthétique et clair, et je ne suis déjà pas sûr que ce soit toujours le cas ; mais ce qui est entendu, c'est une autre paire de manches ! » (M7).

H. LES AMÉLIORATIONS PROPOSÉES PAR LES MÉDECINS

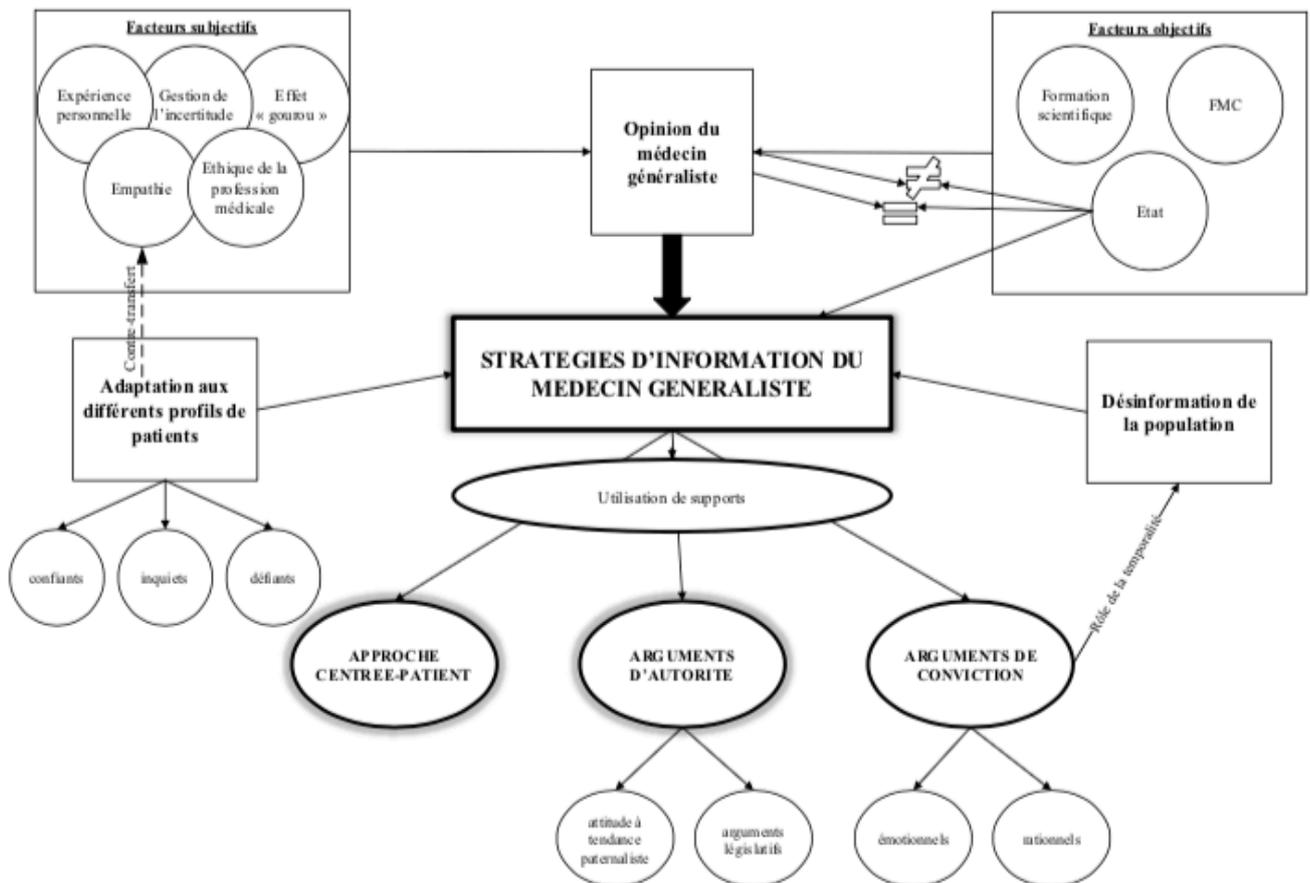
Au cours des entretiens, les MG interrogés ont proposé plusieurs pistes d'amélioration, que nous listons ci-dessous :

- Avoir accès à plus de supports énonçant des statistiques sur les maladies ;
- Clarifier les protocoles de rattrapage ;
- Créer des formations médicales sur les politiques vaccinales d'autres états européens et apporter des réponses en matière de prise en charge des patients souhaitant importer leurs vaccins de l'étranger
- Diffuser des informations objectives sur les vaccins, émanant de spécialistes référents en matière de vaccination ;
- Discuter des vaccins dans les écoles ;
- Discuter l'intérêt de campagnes de vaccination massives afin de ne pas perdre de vue certains enfants ;
- Distribuer des calendriers vaccinaux à tous les parents ;
- Distribuer des supports aux parents destinés à être relus en dehors du cabinet ;
- Donner un rôle à son secrétariat médical dans la gestion des vaccinations des patients, avec des systèmes de rappels par SMS par exemple ;
- Donner une réponse à chaque crainte identifiée ;
- Faire les vaccinations dans les écoles ;
- Fournir aux MG des synthèses régulières des dernières revues de la littérature à ce sujet ;
- Gérer la pénurie des stocks de vaccins ;
- Instaurer des consultations dédiées, accréditées par une formation médicale standardisée et complète sur la vaccination ;

- Mettre à disposition des MG des argumentaires pré-faits afin de répondre aux réticences fréquentes des patients
- Mettre en place des concertations avec les MG concernant les politiques de santé ;
- Organiser des débats sur les vaccinations, incluant MG et patients ;
- Promouvoir une meilleure communication entre les acteurs du système de santé, notamment via les envois sécurisés par Apicrypt ;
- Proposer des DPC hors quotas ;
- Repenser les politiques de santé publique, pour plus de clarté et de cohérence ;
- Relancer des campagnes d'information massives ;
- Répertorier les pharmacies disposant des différents vaccins en temps réel ;
- Valoriser le forfait de structure des MG.

IV. DISCUSSION

A. REPRISE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET MODÉLISATION



Les résultats thématiques émergeant de l'analyse des verbatims nous ont permis d'aboutir à l'élaboration du modèle ci-dessus à la suite de la phase d'interprétation.

Au centre de ce schéma, se trouvent représentées les stratégies d'information du MG.

La modélisation de nos résultats a montré que la communication du MG s'avérait largement influencée par quatre paramètres : son opinion sur l'obligation vaccinale, le dilemme ressenti du rapport aux obligations légales, l'impact de la désinformation de la population sur sa

pratique quotidienne et l'adaptation permanente aux différents profils de patients, en particulier le vécu de la défiance.

L'opinion apparaissait comme un élément majeur orientant la manière d'aborder le sujet avec ses patients. Celle-ci était déterminée par de multiples facteurs, d'une part objectifs : la formation scientifique, la formation médicale continue et les choix de l'État concernant les politiques de santé publique ; et d'autre part, subjectifs : l'expérience personnelle et professionnelle, la vision éthique de la profession médicale, la gestion de l'incertitude face aux patients, le sentiment d'empathie comprenant également la sensibilité éventuelle au contre-transfert et l'effet dit « gourou ».

Nous avons identifié trois principales stratégies utilisées par les MG pour informer leurs patients sur les nouvelles obligations vaccinales : l'approche centrée-patient, les arguments d'autorité et les arguments de conviction. Les arguments d'autorité englobaient deux types d'approches : l'attitude à tendance paternaliste et l'utilisation de l'argumentaire législatif afin de ne pas laisser d'ouverture à la remise en question de la loi. Les arguments de conviction étaient principalement d'ordre rationnel ou émotionnel.

En parallèle, de nombreux médecins affirmaient être intéressés par les supports d'informations mis à disposition, notamment par Santé Publique France, tels que le kit d'information *Vaccination*, mais décrivaient ne pas y avoir recours et préférer la communication verbale. Plusieurs d'entre eux évoquaient se servir du carnet de santé pour véhiculer des informations aux parents.

Le temps accordé à la discussion sur ce sujet délicat semblait tenir un rôle fondamental dans le processus de communication, en particulier dans le cadre de la tentative de conviction.

B. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

1. Forces

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (22).

Notre travail a ainsi satisfait à plusieurs critères de scientificité en recherche qualitative.

La réflexivité du chercheur a été appliquée (23) : celui-ci a en effet adapté son attitude et ses relances pendant les entretiens semi-dirigés au fur et à mesure de l'étude, dans le but d'influencer le moins possible les personnes interrogées.

Notre étude a répondu au critère d'acceptation interne (23), c'est-à-dire que les sujets de notre recherche ont tous accepté d'y participer, après une présentation orale ou écrite de son thème, son objectif et ses modalités.

La triangulation des sources a été faite autant que possible afin d'augmenter la validité interne, qui consiste à vérifier que les données recueillies représentent bien la réalité (10). Pour ce faire, nous avons veillé à recruter des profils différents de MG, via un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les stratégies d'information ont ainsi pu être explorées dans des contextes très différents : à Paris, en zone urbaine plutôt défavorisée d'Île-de-France, en milieu semi-rural dans les Yvelines ou encore en milieu rural en Aveyron. Aussi, les participants étant âgés de 29 à 65 ans, la variabilité de l'expérience professionnelle était bien représentée.

Le chercheur a été vigilant dans l'application de la déconstruction des a priori à l'aide de la tenue régulière d'un journal de bord (cf. Annexe 4), conscient qu'il est difficile de se défaire de sa propre opinion sur le thème étudié.

Le guide d'entretien n'a pas été modifié a cours de l'étude car il avait été testé au préalable sur deux sujets extérieurs à l'étude.

Nous avons obtenu la saturation des données via les quinze entretiens semi-dirigés effectués.

Le critère de significativité et cohérence stipulant que les résultats obtenus doivent faire sens dans leur contexte a également été respecté (23).

Le codage ouvert a été réalisé en double aveugle par le chercheur et sa directrice de thèse.

Dans un second temps, nos résultats ont été confrontés aux données de la littérature ayant sous-tendu l'élaboration de nos hypothèses (10).

Notre échantillon de participants était ciblé et représentatif de la problématique, afin d'assurer la validité externe de notre travail, consistant à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (10).

Enfin, le critère de fidélité a été pris en compte. Il s'agit de la constance des instruments de mesure, nécessaire afin que les conclusions demeurent indépendantes des accidents et des observateurs (14). En effet, notre travail répondait au critère de transférabilité, assurant la fidélité car il implique la possibilité, pour un autre chercheur, de reprendre l'exercice (14). Notre méthode a donc été explicitée en détails pour permettre sa reproductibilité, et notre analyse finale donnait lieu à un ensemble cohérent.

2. Limites

Un biais d'investigation dû au manque de formation et d'expérience de l'enquêteur, qui réalisait des entretiens pour la première fois, est possible.

Par ailleurs, nous n'avons pas fait signer de consentement éclairé pour des raisons pratiques, car de nombreux entretiens avaient lieu par téléphone, comme énoncé précédemment.

Un biais de recrutement est également envisageable car les MG interrogés exerçaient principalement dans trois régions de France. L'effet « boule de neige » étant à l'origine de l'échantillon, celui-ci se limitait par nature aux interconnaissances de l'enquêteur.

La triangulation des techniques de recueil de données n'a pas pu être réalisée car nous avons effectué uniquement des entretiens individuels. En effet, d'une part, les entretiens collectifs ne

nous ont pas semblé appropriés devant un sujet si polémique. D'autre part, les entretiens de terrain apparaissaient délicats pour des raisons matérielles, puisqu'il était impossible d'être présent continuellement au cabinet d'un MG ou de prévoir le moment où aurait lieu une consultation vaccinale.

Les retranscriptions et les résultats de l'analyse n'ont pas été soumis aux MG ayant participé à notre recherche pour les corroborer, faute de temps disponible de leur part.

Le biais d'interprétation, lié à la compétence du chercheur, a été limité par l'analyse d'un deuxième chercheur expérimenté.

C. COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

1. La typologie des MG

Comme nous avons pu le constater dans notre étude, les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans la prévention des maladies infectieuses. L'étude de P. Verger montre en effet que 96% d'entre eux sont confiants dans leur capacité à expliquer l'utilité des vaccins à leurs patients. Ils constituent donc les principaux acteurs des politiques de prévention vaccinale, comme en atteste l'implication de nos participants dans la promotion globale de la vaccination et la délivrance d'une information de qualité à ce sujet.

Les données de la littérature mettent également en avant le rôle déterminant des MG concernant l'acceptabilité de la vaccination par leurs patients (24) (25), ces derniers affirmant rechercher l'information sur les vaccins en priorité auprès de leur médecin (1).

L'étude DIVA (26) a permis d'identifier des déterminants, variant selon les maladies et les vaccins, à l'origine de l'attitude des MG par rapport à la vaccination : l'information scientifique, les aspects organisationnels de la vaccination et l'adaptation au contexte de la consultation. La majorité des médecins interrogés lors de cette enquête étaient persuadés de l'efficacité de la vaccination, jusqu'à vouloir convaincre leurs patients réticents pour 78% des

praticiens les plus engagés. Elle révélait que les médecins non engagés exerçaient majoritairement en ville, avaient moins participé à une formation en 2013 sur la vaccination, recevaient moins de visiteurs médicaux, réalisaient moins de pédiatrie et moins d'actes que ceux favorables à la vaccination. Ainsi, les facteurs limitant l'engagement des médecins dans la vaccination apparaissaient très concrets : d'ordre scientifique comme dans notre étude, mais aussi organisationnel, ce que ne nous n'avons pas retrouvé.

2. Les enjeux du scepticisme vis-à-vis de la vaccination

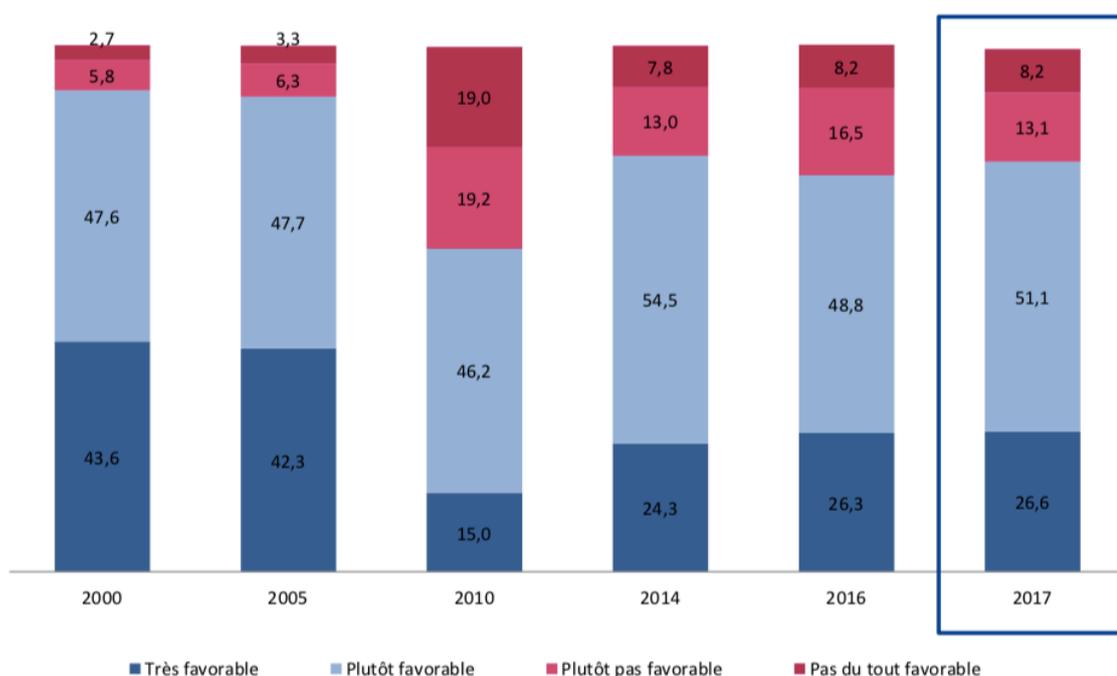
Notre travail a révélé que la désinformation et souvent, par voie de conséquence, la défiance des patients, influençaient largement les stratégies d'information des MG. Contraints d'intégrer ces phénomènes à leurs pratiques, certains d'entre eux estimaient avec désarroi ne pas être en mesure d'y faire face. D'autres ne souhaitaient pas s'investir dans les échanges potentiellement conflictuels avec leurs patients, parfois même qualifiés d'« irrationnels » et invoquaient rapidement l'argument législatif. Plusieurs MG ont ainsi mentionné l'existence probable d'une identité contestataire spécifiquement française.

Ce constat est corroboré par une vaste enquête de la London School of Hygiene and Tropical Medicine publiée en 2016, décrivant que la France se distingue au niveau mondial par une forte inquiétude exprimée par sa population sur la question de la sécurité des vaccins. Le travail de J. Raude et J. Mueller (27) met en exergue trois phénomènes permettant d'expliquer la progression récente de la réticence des français vis-à-vis des vaccins. Le premier tient au développement des médecines complémentaires et alternatives qui portent souvent un discours critique vis-à-vis de la vaccination. Le deuxième résulte d'une « crise de confiance » (28) croissante vis-à-vis des institutions en général et des autorités sanitaires en particulier. Le troisième procède de la transformation radicale du « marché » de l'information liée à l'émergence des réseaux numériques. La conjugaison de ces trois phénomènes facilite la

propagation rapide dans l'espace public d'informations fausses ou invérifiables, qui sont susceptibles de décourager le recours à la vaccination (27). En outre, une étude expérimentale conduite parmi 700 étudiants rennais a montré qu'un effet indésirable grave avéré réduisait l'acceptation de se faire vacciner par un facteur 5, et que la présence d'une controverse alimentée par des professionnels de la santé la diminuait d'un facteur 20 (29).

Ainsi, les enquêtes réalisées tous les cinq ans par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) sur les attitudes des français par rapport à la vaccination exposent qu'en 2000 et 2005, moins de 10% des français se déclaraient « pas du tout » ou « plutôt pas » favorables à la vaccination, contre environ 40% en 2010. Selon les dernières évaluations, cette proportion s'élèverait à 21,3% en 2017 (cf. diagramme 1) (30).

Figure 1 : Évolution de l'adhésion à la vaccination (en %), parmi les 18-75 ans, en France, de 2000 à 2017 ; Baromètres santé 2000-2017 ; Santé Publique France.



Base : ensemble des 18-75 ans interrogés

Néanmoins, la thèse du déficit d'information ne suffit pas à expliquer la montée du scepticisme sociétal car celle-ci se heurte au fait que les classes moyennes supérieures apparaissent parmi les plus méfiantes vis-à-vis de la vaccination (31). La diffusion massive de thèses hétérodoxes, allant de la critique de la médecine moderne à la théorie du complot (32) met en lumière l'existence d'un mouvement de politisation de la question vaccinale, favorisé par des facteurs technologiques, sociologiques et institutionnels (27). Dans ce contexte, les professionnels de santé doivent demeurer encore plus attentifs et vigilants quant aux décisions de leurs patients concernant les vaccins, sujettes à de multiples influences.

Dans l'étude menée sur les étudiants rennais (29), le fait de mentionner l'existence d'une couverture élevée dans la population (ce qui est la réalité pour de nombreux vaccins en France), ainsi que la capacité à éliminer la maladie par une large couverture vaccinale dans la population, multiplieraient chacun l'acceptation du vaccin par un facteur 3. Ceci constitue une piste d'un type de communication positive en réponse à la défiance, valorisant les effets de la protection collective et faisant appel au conformisme social (27).

La réticence croissante à l'égard des vaccins apparaît donc multifactorielle et dépendante des connaissances, croyances et attitudes en santé, des perceptions du risque de maladies et des vaccins, de la communication autour de la vaccination, de la perception des autorités de santé et de l'industrie pharmaceutique, de l'acceptation de la vaccination comme une norme sociale (cela étant reflété par le caractère obligatoire des onze vaccins) et du coût et de l'accès aux vaccins. En effet, la confiance dans les institutions, en particulier sanitaires, a sérieusement diminué au cours de la dernière décennie.

3. La communication de l'État et les obligations légales

Dans notre étude, le dilemme du rapport aux obligations légales du MG semblait en partie alimenté par le ressenti d'un manque de communication et de considération de l'État.

En effet, ces derniers exprimaient ne pas être consultés au sujet des réformes les impliquant directement, une situation source de frustration voire de colère.

En outre, la mauvaise gestion de la pénurie des vaccins pourtant obligatoires apparaissait comme un frein au bon déroulement de leurs consultations. Certains précisait même qu'il s'agissait d'une difficulté quotidienne, nettement plus contraignante que l'obligation vaccinale. L'enquêteur avait en effet assisté à plusieurs appels téléphoniques (pendant les entretiens) de patients désespérés car en recherche de pharmacies où les vaccins seraient disponibles.

Ces difficultés d'approvisionnement insuffisamment solutionnées par le gouvernement semblaient jouer un rôle dans le renoncement de certains MG à se « ranger » du côté des autorités, leur laissant une impression de solitude face à cet écueil.

Par ailleurs, un fait intéressant était mis en évidence par M4 : les onze vaccins obligatoires requis pour l'admission en collectivité pourraient s'opposer au droit à l'éducation en cas de non-respect de ces derniers. En effet, selon l'article L.3111-2 du Code de Santé Publique (33), les vaccinations (auparavant recommandées) contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae b*, la coqueluche, l'hépatite B, les infections invasives à méningocoque C, les infections à pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont obligatoires chez l'enfant de moins de deux ans, au même titre que les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, et exigées pour l'admission en collectivité. L'article L111-2 du Code de l'Éducation (34), quant à lui, stipule que « tout enfant a droit à une formation scolaire qui, complétant l'action de sa famille, concourt à son éducation. La formation scolaire favorise l'épanouissement de l'enfant, lui permet d'acquérir une culture, le prépare à l'exercice professionnel et à l'exercice de ses responsabilités d'homme et de citoyen. Elle prépare à l'éducation et à la formation tout au long de la vie. Elle développe les connaissances, les compétences et la culture nécessaires à l'exercice de la citoyenneté dans la société contemporaine de l'information et de la communication. Elle favorise l'esprit

d'initiative ». Dans cette ambiance de scepticisme sociétal où l'éducation à l'interprétation critique des informations paraît indispensable, remettre en cause le droit à l'instruction ne semble donc pas approprié.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) s'est d'ailleurs positionné contre l'obligation vaccinale en juillet 2017 dans un article à destination du Monde : « Le conseil scientifique du CNGE estime qu'il s'agit d'une mauvaise stratégie qui ne réglera pas le problème de l'insuffisance de couverture vaccinale. L'obligation risque même d'être contreproductive, et de renforcer la défiance d'une partie de la population. Il est incongru de prétendre rétablir la confiance par l'obligation à l'aide d'une forme d'injonction envers les patients. Cette obligation s'inscrit en opposition avec l'évolution de la place du patient dans la gouvernance de sa propre santé et avec la promotion du principe d'autonomie inscrit dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. Le code de déontologie et la Haute Autorité de Santé (HAS) avaient également souligné la nécessaire évolution vers une décision médicale partagée » (35).

4. La décision médicale partagée

Les participants de notre étude ont évoqué l'ambivalence du gouvernement, s'étant à la fois positionné depuis plusieurs années en tant que promoteur de la décision médicale partagée (devenue aujourd'hui « décision médicale informée »), mais adoptant actuellement une attitude paternaliste, voire autoritariste selon certains MG (M4, M9, M12).

Le constat de ce changement de paradigme est source d'incompréhension et de mécontentement parmi les médecins, comme les patients. Dans notre étude, M4 expliquait que la posture « anti-vaccinale » prenait son origine dans le concept de décision médicale informée poussée à l'extrême, et se heurtant à la notion de coercition.

Le CNGE précise que « la santé des enfants mérite mieux que l'affrontement entre une vision autoritariste de la santé et les thèses complotistes anti-vaccinales qui profitent ainsi de publicité. La santé de chacun mérite une vision moderne où l'information délivrée par des professionnels, appuyée sur une évaluation scientifique indépendante des bénéfices et risques comparés des vaccins, permet de convaincre l'immense majorité des citoyens du bienfondé d'une politique vaccinale cohérente » (35).

Comme signalé par M9 dans notre travail, il paraît donc aujourd'hui indispensable de promouvoir la recherche sur les bénéfices des vaccins ainsi que sur leurs inconvénients, et ce, dans le souci d'une transparence constante quant aux sources ainsi qu'aux résultats. Il convient également de rappeler que, selon le Code de la Santé Publique, les MG se doivent d'indiquer à leurs patients les bénéfices de la vaccination envisagée, en évoquant la gravité des maladies évitées et leur taux d'efficacité, ainsi que ses risques connus. Une information scientifique, complète et transparente, permettrait ainsi d'envisager la restauration de la confiance en les vaccins.

Pour ce faire, il conviendrait de recentrer la communication du MG sur la décision médicale informée, qui demeure un dialogue entre médecin et patient, où l'argumentation n'a pas sa place. Il s'agit en effet de permettre au patient d'exposer ses représentations quant à la vaccination et quant au fait de la refuser. Cette méthode de communication aide ainsi à révéler l'éventuelle ambivalence de la position du patient, en évitant la confrontation. Le but est d'inciter le patient à s'exprimer pour comprendre ses valeurs et préférences.

Selon le Pr. S. Gilberg (36), la technique de l'entretien motivationnel peut donc s'appliquer à l'information sur la vaccination, dans le cadre d'une décision médicale informée.

Nous en rappelons les sept principes ci-dessous (8) :

1. La motivation doit émaner du patient, pas de l'extérieur.
2. C'est à lui, et non au soignant, de nommer et résoudre son ambivalence.
3. La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence.

4. Le style de l'entretien motivationnel invite généralement « en douceur » à l'exploration.
5. Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence.
6. La motivation au changement n'est pas un trait de caractère mais un état qui varie selon la qualité d'une interaction personnelle.
7. La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert/patient.

Quelques phrases types peuvent être citées en exemple : « Que savez-vous des avantages et des inconvénients de la vaccination ? », « Quelle est la qualité de vos sources ? », « Pourquoi des maladies comme la diphtérie, la poliomyélite ou la variole ont-elles disparu ou quasiment disparu ? », « Que pourrait-il arriver de pire à votre enfant ? ».

Grâce à l'application rigoureuse des concepts de l'entretien motivationnel, le MG pourrait envisager de communiquer plus aisément avec ses patients au sujet des vaccins.

5. Le libre-arbitre opposé à la protection collective

Le Code de la Santé Publique stipule qu'« aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (37). Aussi, « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables » (37). En ce sens et comme décrit par plusieurs MG de notre étude, la décision médicale informée s'impose comme le pilier d'une relation médecin-patient saine. La contrainte sous-tendant l'obligation vaccinale se heurte alors à celle-ci. Certains MG de notre étude évoquaient un déplacement du débat au cœur des polémiques sur la vaccination : l'autoritarisme, voire l'ingérence de l'État, étaient, selon les

MG, projetés au premier plan des discussions, laissant en arrière-plan les enjeux de la vaccination. Dans ce contexte où l'obligation a pris le pas sur la tentative de conviction, le juste équilibre entre le devoir de protection collective incombant à la vie en société (demeurant bien illustré par le concept d'obligation vaccinale) et la conservation du libre-arbitre semble très difficile à trouver. Recentrer le débat sur l'intérêt de chaque vaccin selon les profils de patients permettrait d'appréhender une relative conciliation de ces deux notions inaliénables et pourtant strictement opposées.

D. PERSPECTIVES

Notre étude a fait émerger de nombreuses perspectives et pistes d'amélioration.

En premier lieu, la désinformation du grand public influence la pratique quotidienne des MG dans de nombreux domaines. Il importe donc d'en tenir compte et de renforcer leur formation à la communication en santé afin de les armer face à l'afflux d'informations provenant notamment d'internet. Il s'agit également de les épauler dans la recherche de réponses aux interrogations de leurs patients, en leur assurant un accès simple et rapide à des éléments d'information objectifs à destination des patients.

Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier l'impact des formations vaccinales sur la pratique des MG, et en particulier sur leur communication avec les patients défiants. En effet, plusieurs MG de notre étude ne se sentaient pas assez informés ou compétents pour diffuser une information de qualité, notamment sur la sécurité des vaccins, et argumenter face aux patients défiants. Ce résultat est d'ailleurs corroboré par l'étude de P. Verger (38), stipulant que 43% seulement des MG se sentent capables de parler du rôle des adjuvants à leurs patients. Une consolidation de leur formation permettrait ainsi de limiter ce sentiment de frustration et de manque de compétences. Les MG, dont la mission est d'assurer la prévention et la protection de la population, doivent être soutenus.

V. CONCLUSION

La vaccination est l'action de santé publique la plus efficace connue à ce jour sur la réduction de la mortalité infantile. Pourtant, celle-ci fait l'objet d'une défiance croissante de la part du grand public, notamment suite à l'extension des obligations vaccinales mise en place en janvier 2018.

À la fois interlocuteurs privilégiés des patients et principaux acteurs de terrain des politiques vaccinales, les médecins généralistes doivent continuellement adapter leur pratique à l'évolution des législations et des mentalités.

Notre travail avait donc pour but d'explorer leurs méthodes d'information concernant les onze vaccins obligatoires et, au travers de celles-ci, leurs croyances afin de comprendre pleinement leur rôle d'interface entre État et patients.

Nous avons montré que la communication s'avérait influencée par quatre paramètres : leur opinion sur l'obligation vaccinale, le dilemme ressenti du rapport aux obligations légales, l'impact de la désinformation de la population sur leur pratique quotidienne et l'adaptation constante aux différents profils de patients.

L'opinion apparaissait comme un élément majeur orientant la manière d'aborder le sujet avec leurs patients. Celle-ci était déterminée par de multiples facteurs, d'une part objectifs : la formation scientifique, la formation médicale continue et les choix de l'État concernant les politiques de santé publique ; et d'autre part, subjectifs : l'expérience personnelle et professionnelle, la vision éthique de la profession médicale, la gestion de l'incertitude face aux patients, l'empathie ou la sensibilité éventuelle au contre-transfert et l'effet dit « gourou ».

Cette étude nous a permis d'identifier trois stratégies dominantes utilisées par les médecins pour informer leurs patients sur les nouvelles obligations vaccinales : l'approche centrée-patient, les arguments d'autorité et les arguments de conviction. Les arguments d'autorité

englobaient deux types d'approches : l'attitude à tendance paternaliste et l'utilisation de l'argumentaire législatif afin de ne pas laisser d'ouverture à la remise en question de la loi. Les arguments de conviction étaient principalement d'ordre rationnel ou émotionnel.

En parallèle, bien qu'intéressés, la plupart des médecins décrivaient ne pas avoir recours aux supports d'informations mis à disposition, notamment par Santé Publique France, mais préférer la communication verbale. Le temps alloué à la discussion sur ce sujet délicat semblait tenir un rôle fondamental dans le processus de communication, en particulier dans le cadre de la tentative de conviction.

Nous avons ainsi pu appréhender la complexité de la posture des médecins généralistes, devant concilier en permanence leur formation scientifique et leur expérience personnelle, la responsabilité d'appliquer des politiques de santé publique parfois en inadéquation avec leur propre opinion, et le respect de la neutralité de la décision médicale informée, dont les limites sont parfois difficiles à identifier.

Au vu de ces nombreux écueils, la prise de position du gouvernement quant à l'obligation vaccinale était majoritairement saluée par les participants de notre étude, mais certains évoquaient un déplacement du débat, où contraindre apparaissait plus accessible que convaincre. Dès lors, une nouvelle ambivalence surgit : il s'agit de trouver le juste milieu entre les devoirs inhérents à la vie en société, tels que la notion de protection collective, et le droit à la liberté individuelle. Dans la quête d'un équilibre entre les deux, une approche pourrait consister à se pencher en toute transparence sur l'intérêt de chacun des vaccins actuellement obligatoires, à titre individuel et collectif, afin de recentrer le débat sur les vaccinations.

À la lumière de ces éléments, il paraissait important de mieux former les médecins à la communication en santé, afin de les armer face à l'afflux d'informations émanant d'internet, mais aussi de les épauler dans la recherche de réponses adaptées aux questionnements justifiés de leurs patients.

Par ailleurs, sensibiliser la population à l'interprétation critique des informations et à l'attrait pour les connaissances scientifiques s'imposait comme une solution à la désinformation.

Les médecins généralistes, au centre de ces controverses, avaient à cœur de conserver la confiance de leurs patients, mais également d'être entendus par les autorités sanitaires, dont les communications adressées à la population, et surtout aux médecins, pourraient encore être améliorées.

Dans *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu* (39), B. Werber énonce avec justesse les aléas de la communication entre les individus s'appliquant également à la relation médecin-malade :

« Entre

Ce que je pense,

Ce que je veux dire,

Ce que je crois dire,

Ce que je dis,

Ce que vous avez envie d'entendre,

Ce que vous croyez entendre,

Ce que vous entendez,

Ce que vous avez envie de comprendre,

Ce que vous croyez comprendre,

Ce que vous comprenez...

Il y a dix possibilités que l'on ait des difficultés à communiquer !

Mais essayons quand même ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Gautier S, Tricart C. Point de vue. Rendre les bienfaits de la vaccination perceptibles. Bull Epidémiol Hebd. 2017; (Hors-série Vaccination):3. Semaine / - Situation au 08/07/2018 2018;
2. Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance au 11 juillet 2018 ; Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Bulletin-epidemiologique-rougeole.-Donnees-de-surveillance-au-11-juillet-2018>
3. Hurel MS. Rapport sur la politique vaccinale. janv 2016;122.
4. Alain Fischer. Rapport sur la vaccination - Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination [Internet]. 2016 nov. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000753/index.shtml>
5. Santé publique France. Dossier pédagogique - Élargissement de l'obligation vaccinale à 11 maladies - [Internet]. 2017 juill p. 20. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/pdf/Dossier-Pedagogique-Obligation-vaccinale070717.pdf>
6. Haute Autorité de Santé - Avis n°2018.0001/AC/SEESP du 10 janvier 2018 du collège de la Haute Autorité de santé concernant le projet de décret relatif à la vaccination obligatoire, pris en application de l'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820299/fr/avis-n2018-0001/ac/seesp-du-10-janvier-2018-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-concernant-le-projet-de-decret-relatif-a-la-vaccination-obligatoire-pris-en-application-de-l-article-49-de-la-loi-n-2017-1836-du-30-decembre-2017-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2018
7. Condorcet J-A-N de C (1743-1794 ; marquis de) A du texte, Sieyès E-J (1748-1836) A du texte, Duhamel J-MA du texte. Journal d'instruction sociale par les citoyens [Internet]. 1793. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k97249>
8. Jonathan SILVERMAN, Suzanne KURTZ, Juliet DRAPER. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. MEDECINE ET HYGIENE. 2010. 316 p.
9. Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1 : Principles and concepts. Oxford University Press 2005.
10. Aubin-Auger, Alain & Baumann, L & Lehr-Drylewicz, A.M. & Imbert, Patrick & Letrilliart, Laurent. Introduction à la recherche qualitative. exercer. 2008;(84):142-5.

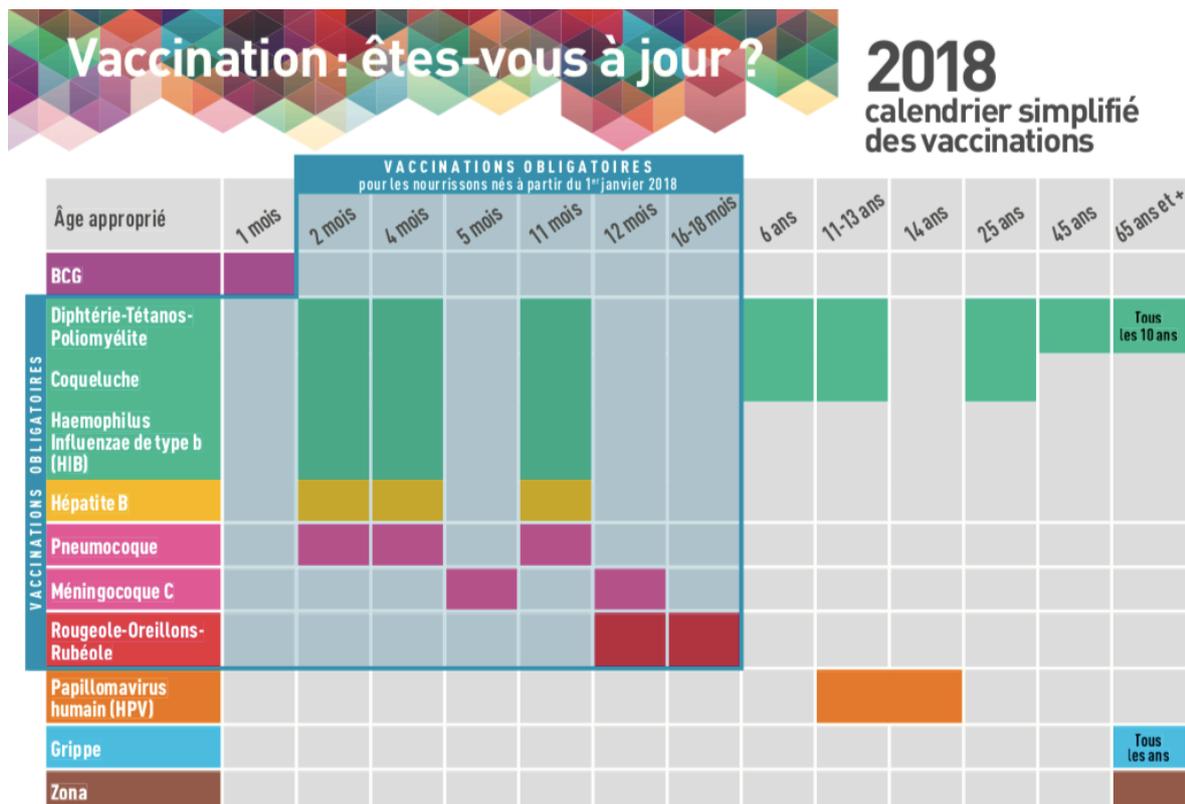
11. Van Royen P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.
12. Qualitative Research in Health Care, 3rd Edition [Internet]. Wiley.com. Disponible sur: <https://www.wiley.com/en-fr/Qualitative+Research+in+Health+Care%2C+3rd+Edition-p-9781405135122>
13. Dr Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. 2001 juin;32(2):117–21.
14. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. Québec: Centre de recherche sur les innovations sociales; 1994:31 p.
15. Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: SAGE, 1998:342 p.
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *exercer*. 2009;20(87):74-9.
17. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Armand Colin, 2005:128 p.
18. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin, 2007:127 p.
19. Mukamurera J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques:29.
20. Santiago-Delafosse M, Rouan G, Giami A, Georgiou D. Les méthodes qualitatives en psychologie. Paris: Dunod, 2001: 221 p.
21. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives*. 2006;26:110– 38.
22. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 1 mars 2004;10(1):79-86.
23. Soulet M-H. Traces et intuition raisonnée. Le paradigme indiciaire et la logique de la découverte en sciences sociales. In : Paillé P. (éd.). *La Méthodologie qualitative. Posture de recherche et travail de terrain*. Paris ; Armand Colin, 2006.
24. Mergler MJ, Omer SB, Pan WKY, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, et al. Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. *Vaccine*. 23 sept 2013;31(41):4591-5.

25. Verger P, Flicoteaux R, Schwarzinger M, Sagaon-Teyssier L, Peretti-Watel P, Launay O, et al. Pandemic Influenza (A/H1N1) Vaccine Uptake among French Private General Practitioners: A Cross Sectional Study in 2010. PLOS ONE. 3 août 2012;7(8):e41837.
26. Martinez L, Tugaut B, Raineri F. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). Sante Publique (Bucur). 1 janv 2016;28(1):19-32.
27. Raude J, Mueller J. Les attitudes des Français face à la vaccination : une évolution préoccupante. Médecine. 1 avr 2017;13(4):171-4.
28. Larson H.J., Cooper L.Z., Eskola J., Katz S.L., Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011;378:526-535.
29. Mueller J, et al. Etude Conjoint Vac.[Données en cours de publication].
30. Santé Publique France. Evolution de l'adhésion à la vaccination parmi les 18-75 ans, en France, de 2000 à 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/4088/31457/version/2/file/resultats_vaccination_barometre_sante2017.pdf
31. Peretti-Watel P., Raude J., Sagaon-Teyssier L., Constant A., Verger P., Beck F. Attitudes toward vaccination and the H1N1 vaccine: poor people's unfounded fears or legitimate concerns of the elite? Soc Sci Med. 2014;109:10-18.
32. Ward J.K., Peretti-Watel P., Larson H.J., Raude J., Verger P. Vaccine-criticism on the internet: new insights based on French-speaking websites. Vaccine. 2015;33:1063-1070.
33. Code de la santé publique - Article L3111-2. Code de la santé publique.
34. Code de l'éducation - Article L111-2. Code de l'éducation.
35. Dr Olivier SAINT-LARY, Dr Vincent RENARD. L'obligation de vaccination risque d'être contre-productive. LE MONDE [Internet]. 13 juill 2017; Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/le_monde_du_130717_lobligation_de_vaccination_risq/
36. S. Gilbert. Comment contribuer à rétablir la confiance - Présentation au Congrès de Médecine Générale France, 2008.
37. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
38. Verger P. Les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France. Médecine. 1 mars 2017;13(3):110-4.

39. Bernard Werber. Encyclopédie du savoir relatif et absolu [Internet]. Albin Michel; 1993. 128 p. (Poche).

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier simplifié des vaccinations 2018



Chez les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, l'Haemophilus b, l'hépatite B, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le pneumocoque et le méningocoque sont **obligatoires**.

Qu'est-ce que ça veut dire « être à jour » ?

« Être à jour » c'est avoir reçu les vaccins nécessaires en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas « à jour » ?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de « rattrapage ».

Pour en savoir plus



Le site de référence qui répond à vos questions

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée à partir de 1 mois et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont recommandés à âges fixes soit 25, 45, 65 ans et ensuite tous les dix ans.

Coqueluche

Le rappel coqueluche se fait à 25 ans. Les futurs parents sont particulièrement concernés, car la vaccination protège les nourrissons de moins de 6 mois dont la vaccination n'est pas complète.

Hépatite B

Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C

À partir de l'âge de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus, une dose unique est recommandée pour ceux qui ne sont pas déjà vaccinés.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses de vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. La vaccination est proposée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans.

Grippe

La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque y compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

Zona

La vaccination est recommandée chez les personnes âgées de 65 à 74 ans inclus.

Mise à jour : janvier 2018
DT07-016-18PC

Une question ? Un conseil ?

Parlez-en à votre médecin, votre sage-femme ou votre pharmacien.



Annexe 2 : Mail de demande d'entretien

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale à l'Université Paris 6 (Pierre et Marie Curie) et suis particulièrement sensibilisée aux débats actuels portant sur les nouvelles vaccinations obligatoires.

Je réalise donc ma thèse d'exercice sur les stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes pour informer leurs patients sur l'extension des obligations vaccinales, en vigueur depuis le 1er janvier 2018.

Il s'agira de comprendre comment les médecins généralistes communiquent avec leurs patients, ainsi que d'identifier avec quels outils et selon quelles sources, via une approche qualitative par théorisation ancrée. La finalité de cette étude sera de mettre en évidence des techniques verbales et/ou des supports de communication efficaces pouvant servir de référence, afin de répondre au mieux aux besoins des médecins, face aux interrogations de leurs malades.

Pensez-vous que, dans le cadre de ce projet, il vous serait possible de m'accorder un entretien? Ce dernier durerait approximativement 30-45 min et serait enregistré sur un dictaphone, puis retranscrit manuellement par moi-même, de façon totalement anonymisée.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,

Claire LAHAYE

Annexe 3 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Stratégies des médecins généralistes concernant l'information de leurs patients vis-à-vis de l'extension des obligations vaccinales mise en place en Janvier 2018

➤ INTRODUCTION

- ✓ « Merci de bien vouloir participer à ce travail de recherche »
- ✓ Consentement éclairé
- ✓ Anonymat
- ✓ Phrase d'introduction : À la suite du rapport Hurel et de la concertation citoyenne sur la vaccination menée par le Pr. Alain Fischer, la Ministre des Solidarités et de la Santé a opté pour une rénovation de la politique vaccinale en élargissant les vaccinations obligatoires à onze maladies. Cette loi est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

➤ QUESTION DE RECHERCHE :

Comment informez-vous vos patients sur les onze vaccins obligatoires ?

➤ PRÉSENTATION

- Genre,
- Âge,
- Lieu d'exercice,
- Mode d'exercice (seul, cabinet de groupe, CMS, maison de santé, etc.)
- Titulaire d'une formation spécifique en lien avec la pédiatrie ou la vaccination ?
- Part de consultations pour les vaccins pédiatriques dans votre pratique quotidienne ?

A. LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

De quelle manière communiquez-vous avec vos patients sur le thème des vaccins ?

- 1) Comment le sujet de l'obligation vaccinale est-il amené lors de vos consultations ?
 - a. Qui aborde le sujet : vous ou les patients ?
 - b. 81,3% des parents disent rechercher les informations sur les vaccins auprès de leur médecin traitant (BEH 10/2017). Comment percevez-vous votre rôle d'informateur ?
 - c. Quelle posture adoptez-vous face aux parents ? (culpabilisante, paternaliste, décision partagée, décision éclairée, etc.)
 - d. Combien de temps consacrez-vous à ce sujet en consultation ? (Estimez-vous cela suffisant ? Pourquoi ?)
- 2) Sur quel(s) argument(s) vous appuyez-vous pour les informer ?
 - a. Utilisez-vous des supports d'information ? (Papiers ? Internet ? Vidéos ?)
 - b. Connaissez-vous le kit d'information « vaccination » élaboré par Santé Publique France ? (comprenant 5 outils : RPVP sur l'obligation vaccinale, Questions/Réponses, calendrier des vaccinations du nourrisson, affiche, marque-page Vaccination Info-Service)
 - c. Adaptez-vous vos réponses au cas par cas ? Ou préférez-vous un discours standardisé ? Pour quelle(s) raison(s) ?

- d. Avez-vous recours à des stratégies de communication particulières ? (métaphores, histoires courtes, ...)
- 3) Comment vous sentez-vous lors de ces consultations en général ?
 - a. Que s'est-il passé la dernière fois que vous avez abordé le thème des 11 vaccins obligatoires avec des parents ?
 - b. Pouvez-vous me raconter une situation vous ayant posé problème récemment ?
- 4) Comment jugez-vous la satisfaction de vos patients quant à votre façon de communiquer sur les vaccins ?

B. LES PATIENTS (PARENTS)

Comment évaluez-vous les représentations de vos patients ?

- 1) Comment pensez-vous que les parents se sentent lors de ces consultations ?
- 2) Dans quelles mesures les consultations portant sur la vaccination ont-elles changé depuis la mise en place des onze vaccins obligatoires ?
- 3) Selon vous, comment vos patients s'informent-ils en dehors du cabinet ?
 - a. Quelles sont les préoccupations ou croyances que vous entendez le plus souvent ?
 - b. Quel est votre avis sur l'influence exercée par les médias à propos de la vaccination ? (TV, presse, réseaux sociaux, etc.)

C. LE MÉDECIN

Dans quelle mesure votre façon de communiquer est-elle influencée par :

- 1) **Vos pratiques personnelles ?**
 - a. Comment suivez-vous les recommandations vaccinales pour vous-même ?
Et pour vos enfants ?
 - b. Quel(s) conseil(s) donnez-vous à vos proches ?
- 2) **Votre propre opinion sur les vaccins ?**
 - a. Quel est votre avis sur le choix du gouvernement de rendre ces onze valences obligatoires ? Pourquoi ?
 - b. Sur quels arguments avez-vous construit votre opinion ? (Evidence-Based Medicine, expériences personnelles, entourage, etc.)
 - c. Quelles sources d'informations utilisez-vous pour vous-même concernant les vaccins ?
 - d. À quel point vous fiez-vous aux données scientifiques validées sur la vaccination ? (Êtes-vous « convaincu » ?)

D. EN CONCLUSION

- 1) Comment évaluez-vous l'implication des autorités politiques, sanitaires et scientifiques dans la transmission de l'information ?
- 2) Quelle(s) amélioration(s) proposeriez-vous ?
- 3) Quels autres outils d'information vous sembleraient utiles ?

Annexe 4 : Extrait du journal de bord

Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude dans le but de déconstruire les a priori de l'enquêteur. En effet, la recherche qualitative ne se pratiquant qu'à travers le regard du chercheur et donc inexorablement de ses perceptions et représentations, l'analyse ne peut jamais être totalement neutre. Il est nécessaire de passer par une phase « d'oubli » de ses connaissances pour se créer une ouverture exploratoire la plus étendue possible sur le terrain.

La déconstruction a permis à l'enquêteur de ne pas rester ancré dans ses opinions à propos de la vaccination, en particulier quant à la nouvelle loi sur l'extension des obligations.

Le thème de la vaccination a été initialement choisi par l'enquêteur suite à une grande sensibilisation aux réactions « anti-vaccins » affluant sur les réseaux sociaux notamment, et dans les médias de façon générale. Étant favorable aux vaccinations, voire même les revendiquant, nous souhaitions comprendre les chemins de pensées amenant au rejet si véhément d'un moyen de prévention universellement connu. Notre réflexion nous a orientés vers la question des déterminants de cette contestation et particulièrement la manière dont les patients s'informent sur les vaccins. Que savent-ils réellement ? Quelles sont leurs sources d'informations ? Lors de notre recherche bibliographique, nous avons constaté que les patients demeuraient encore nombreux à s'informer auprès de leur médecin traitant (cf. 1). L'étude des perceptions et opinions de ces derniers nous a donc parue intéressante pour comprendre comment elles influencent la relation médecin-patient. Finalement, nous avons décidé d'explorer les stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes pour informer leurs patients sur les nouvelles vaccinations obligatoires. Cette question nous a semblé d'autant plus pertinente qu'il s'agit d'un sujet d'actualité (à juste titre au vu des données de la surveillance épidémiologique), dont les débats alimentent sans relâche le climat sociétal de scepticisme dans lequel nous vivons.

Il est à noter que la réalisation de cette étude a permis à l'enquêteur de remettre en question ses certitudes et d'ouvrir son champ de réflexion sur les enjeux des vaccins d'une part, et sur la notion d'obligation vaccinale, d'autre part.

Le compte-rendu de terrain sur les MG fait au fur et à mesure des entretiens est le suivant :

- ✓ **M1** : amie d'amie travaillant en milieu semi-rural. Elle est facilement abordable et décrit très peu de difficultés concernant les vaccins. Elle est plutôt sûre d'elle et de sa position pro-vaccins et ne se remet pas en question face à des parents défiants.
- ✓ **M2** : associé d'un ami de l'enquêteur, exerçant en milieu rural. Il est très accessible et a beaucoup de choses à dire sur le sujet. Sa longue expérience fait qu'il considère avec beaucoup de recul cette obligation vaccinale. Il estime simplement qu'elle a répondu à un problème et qu'il faut maintenant s'y tenir. Cependant, il porte un jugement très péjoratif sur les communications du gouvernement envers les patients ainsi que les médecins. Malgré son âge, il a une vision très moderne de la médecine et de l'usage des techniques d'informations : il explique qu'il faudrait avoir des alliés parmi « les petits jeunes » très actifs sur les réseaux sociaux pour enrayer la désinformation. Et je ne peux m'empêcher de partager son avis.

- ✓ **M3** : médecin traitant du fils d'un couple d'amis de l'enquêteur. La rencontre fut brève et efficace car de nombreuses consultations l'attendaient. Elle se revendique en faveur des vaccins et ne signale pas particulièrement de difficultés avec ses patients du 12^{ème} arrondissement de Paris. Au fur et à mesure de l'entretien, elle s'ouvre un peu plus à moi et me confie être discrètement nostalgique du temps où les recommandations du médecin faisaient autorité. Elle n'a pas envie de se battre contre les « anti-vaccins » et les qualifie d'« irrationnels ».
- ✓ **M4** : ancienne co-interne de l'enquêteur. Elle me semble très sensible de façon générale, et sensibilisée par ce sujet. Son discours est donc très prolix. Elle révèle de nombreuses ambivalences au cours de l'entretien car elle s'interroge énormément sur les bienfaits de certaines vaccinations. Elle se sent souvent mise en défaut, voire agressée, par la posture de ses patients défiants issus de catégories socio-professionnelles élevées. Elle se remet ainsi beaucoup en question et sa pratique en apparaît nettement impactée. Elle n'a pas assez confiance en elle et en ses connaissances médicales, qu'elle juge insuffisantes pour répondre à tous les questionnements de ses patients. Elle donne l'impression d'avoir été réellement mise en difficulté par cette loi, ne pouvant trouver le juste équilibre entre son opinion, sa responsabilité en tant qu'acteur des politiques de santé, ses incertitudes et les réticences marquées de certains de ses patients. J'ai beaucoup d'empathie pour elle me fait réfléchir : ma position pro-vaccins quelque peu inflexible en est discrètement ébranlée.
- ✓ **M5** : amie d'amie exerçant dans un village aveyronnais. Elle est très gentille et semble particulièrement attachée à l'application de la décision médicale informée. Pour elle, tout se joue lors des échanges médecin-patients et elle estime qu'il faut constamment chercher le dialogue, notamment sur les raisons des réticences. Elle souhaite transmettre ses connaissances à ses patients afin qu'ils soient pleinement acteurs de leur prise en charge, y compris dans le choix de la vaccination.
- ✓ **M6** : amie de l'enquêteur. Elle m'apparaît très ouverte et très douce. Elle se place plutôt en « retrait » de l'obligation vaccinale afin de ne rien imposer à ses patients. Elle prône le contact humain et souhaite au maximum éviter le conflit dans le souhait de ne pas braquer ses patients.
- ✓ **M7** : ancien maître de stage de l'enquêteur. Il arbore une vision très paternaliste de la médecine, considérant ses patients comme clairement informés de sa posture pro-vaccins, revendiquée lors de nombreuses circonstances pendant ses consultations. Il estime donc qu'il peut se permettre de ne pas creuser le sujet et que ceux qui continuent à venir le voir adhèrent à sa vision des choses. Après plus de 30 ans d'exercice, il pense que toutes les patientèles ressemblent à leurs médecins ! M7 me fait sourire : il est certes un peu « dirigiste » comme il le dit de lui-même, mais très attaché à ses patients et leur bien-être...
- ✓ **M8** : amie vivant à Lille et exerçant en périphérie à Béthune. Elle m'a parue très engagée et convaincue par les bienfaits de la vaccination. Elle prenait très à cœur son rôle d'informatrice, jusqu'à véhiculer une idée positive sur la vaccination dans sa propre famille. Malgré la rigueur de son discours, elle se positionnait sans équivoque en faveur de la décision médicale informée. J'ai noté qu'elle était la seule parmi les « jeunes MG » de mon échantillon à avoir une posture aussi claire, presque

paternaliste par certains aspects, alors que cette attitude semblait réservée aux MG plus expérimentés.

- ✓ **M9** : collègue de la directrice de thèse. Elle est pressée par le temps mais tient à donner son point de vue dans le cadre de ce travail. Elle me semble très érudite, elle a lu de nombreux articles et livres sur la vaccination. Sa vision « sceptique » ne sort pas de « nulle part ». Elle prône la décision médicale informée la notion que toutes les pathologies ont une origine psychosomatique. Elle véhicule donc des idées sceptiques sur la vaccination à ses patients, ce que je ne peux m'empêcher de réprouber. Elle explique qu'il est grand temps d'ouvrir les débats et de reconsidérer l'intérêt de chaque vaccin. Elle déclare une grande méfiance envers le gouvernement, manquant cruellement de transparence selon elle. Je trouve sa posture trop extrême mais ses idées me paraissent intéressantes.
- ✓ **M10** : amie de la directrice de thèse. Elle est dans le doute. C'est également une jeune maman qui s'est posée beaucoup de questions sur ses choix en matière de vaccination de son enfant. Elle me semble un peu perdue et avoir des difficultés à définir sa position entre l'influence de son éducation, le manque d'informations concrètes et transparentes sur les effets indésirables des vaccins et la gestion de l'incertitude au sein de sa relation médecin-patients. Je me dis alors qu'il semble parfois bien compliqué de savoir répondre à ses patients et à la multitude de leurs questionnements... Mon apprentissage de la communication dans ce cadre particulier n'a d'ailleurs probablement pas été suffisant, m'étant seulement imprégnée de mes pairs, chefs et maîtres de stage au cours de mon cursus.
- ✓ **M11** : ancien maître de stage de la directrice de thèse. Il est d'emblée très en colère. Les patients défiants l'énervent beaucoup et il ne comprend absolument pas ce mode de raisonnement. Cet énervement global perdurant pendant toute la durée de l'entretien me met un peu mal à l'aise.
- ✓ **M12** : ancien maître de stage de M4. Il répond de façon très laconique. Il exprime clairement que, pour lui, l'obligation est un mauvais choix. Il est très investi dans son métier et surtout dans la recherche d'informations sur les sujets qui l'intéressent. Ses idées pour améliorer la pratique de la médecine générale me paraissent très intéressantes.
- ✓ **M13** : amie de la directrice de thèse. Elle est très ouverte, avec moi comme avec ses patients. Elle dit avoir quelques patients réticents mais ne voit pas cela comme un obstacle. Elle pense qu'il faut écouter et laisser du temps. Elle ne cherche pas du tout à influencer la décision de ses patients. Je trouve son attitude agréable pour eux, mais pas assez « autoritaire ». Je ne peux pas me défaire de l'idée que, pour moi, un médecin doit orienter les choix de ses patients en fonction de ce qu'il juge bon pour eux (selon les données actuelles de la science).
- ✓ **M14** : également ancien maître de stage de M4. Elle est sympathique et très investie dans la vaccination. Elle ne « cache pas son jeu » et pense avoir prévenu ses patients de sa position depuis longtemps. Elle est émotionnellement impliquée car les patients défiants ou les collègues refusant la vaccination antigrippale la heurtent profondément. Elle me semble très exigeante envers elle-même dans la pratique de son métier, et dépendante de son esprit cartésien. Elle souhaite ainsi plus de supports fournissant des données épidémiologiques sur les maladies, afin de transmettre sa vision des choses à

sa patientèle.

- ✓ **M15** : médecin recruté par le biais d'une mailing list. Il est très investi dans son rôle d'informateur et sûr de lui. Il pense que, malgré le caractère approprié de cette décision, les autorités et les médias ont grandement complexifié la situation. Il estime qu'un discours simple explicitant bien que « rien ne change en pratique » aurait permis à tout le monde d'y voir clair et de limiter les remises en question. Je crois bien que je partage son avis !

Annexe 5 : Exemple de deux verbatims d'entretiens semi-dirigés

ENTRETIEN avec M5 : le 25/04/2018, durée : 52 min

CL : Comment le sujet de l'obligation vaccinale est-il amené lors de tes consultations ?

M5 : Je n'ai pas l'impression de parler d'obligation... Je leur dis seulement qu'à tel âge, il faut faire tel vaccin. J'ai de la chance car mes patients sont plutôt en faveur et suivent mes conseils. Parfois, on prend un peu de retard sur les vaccinations, ce n'est pas parfait mais globalement, j'ai une patientèle assez en accord avec la vaccination. Du coup, je n'ai pas besoin de forcer. Après, pour ceux qui n'étaient pas d'accord, jusqu'à janvier, je leur expliquais pourquoi je leur conseillais de les faire, mais après je ne pouvais pas les forcer... Il y en avait qui refusaient, surtout le Gardasil. Mais pour les tout-petits, les pédiatres du coin les vaccinent aussi, donc ceux que je vois sont globalement tous vaccinés avec les onze. Quand il en manque un ou deux, je leur demande si c'est parce qu'ils n'ont pas envie, ou peur, ou autre... Et souvent on arrive à les revacciner. Parfois, c'est seulement une dose qui a été oubliée. Ceux qui sont vraiment contre, j'ai l'impression qu'on ne les voit pas trop et surtout, qu'on ne les fera jamais changer d'avis... On en a discuté avec mes deux collègues pour justement avoir la même attitude vis-à-vis de cette situation : on leur explique bien que les onze sont maintenant obligatoires parce qu'avant, ils nous disaient « si ce n'est pas obligatoire, c'est que ce n'est pas important donc je ne souhaite pas les faire ». Et voilà le résultat de cette attitude : c'est devenu obligatoire ! Maintenant, ils ne sont pas contents car on les force mais bon... au moins, c'est obligatoire. On a donc un message commun expliquant l'importance de ces vaccinations, on fait des efforts, mais pour ceux qui ne veulent pas malgré l'obligation, ben on ne peut pas les piquer de force ! En revanche, on leur explique que, le jour où ils viendront nous voir pour le certificat des vaccinations à jour pour l'école, eh bien ils ne l'auront pas (rires) et que, à ce moment-là, ils se débrouilleront avec la médecine scolaire, la PMI... car on ne le fera pas ! Après, j'admets que je n'ai travaillé que dans la maison de santé où je suis actuellement, et les patients acceptent facilement la vaccination. Surtout quand je leur explique que ces onze ne sortent pas d'un chapeau, qu'ils étaient seulement recommandés jusqu'à présent et sont devenus obligatoires car c'est important de les faire. En général, ils comprennent et constatent que leurs enfants les ont déjà ; souvent, c'est seulement la méningite qui manque, le plus récent. Voilà... Je n'ai pas l'impression d'être tombée sur des parents vraiment anti-vaccins... contrairement à certaines personnes plus âgées, dont le rappel DTP est compliqué car ils n'en voient pas du tout l'intérêt. Chez les enfants, certains parents disent « s'il faut le faire, on le fait », et d'autres sont plus réticents et trouvent que onze, c'est beaucoup. Dans ces cas-là, j'explique que le système immunitaire est fait pour cela, que c'est sans danger, que ces vaccins sont bien connus depuis longtemps et sont une protection. Globalement, ils acceptent facilement. Quant au Gardasil, même s'il ne rentre pas dans les onze, en discutant avec des copines qui remplacent ailleurs et notamment dans des grandes villes, elles ont l'impression de n'avoir que des refus... Alors que moi, j'ai plutôt l'impression de vacciner de nombreuses jeunes filles. Je ne sais pas pourquoi... Ma patientèle est peut-être particulièrement compliante (rires) ! Donc je ne me plains pas trop !

CL : Tant mieux !

M5 : Oui... Je suis franchement pour. Donc ce n'est pas qu'ils m'énervent quand ils sont contre, mais ils rendent la tâche vraiment compliquée (rires)... En tous cas, j'essaie toujours de les convaincre. Mais je me rends compte que cette loi n'a quasiment pas changé ma pratique car j'ai continué à en parler de la même manière qu'avant, comme je proposais déjà systématiquement les onze... Après, ils étaient d'accord ou pas, surtout avec toutes les choses que l'on peut lire sur internet ou dans les journaux et qui peuvent faire peur, mais une fois qu'on leur a expliqué, ça va mieux ! Même ma famille m'a fait un scandale lors de la dernière réunion en me disant que c'est très mal expliqué donc j'ai tout repris avec eux et depuis, pas de souci !

CL : Très bien ! Alors, selon Santé Publique France, 81,3% des parents disent rechercher les informations sur les vaccins auprès de leur médecin traitant (BEH 10/2017). Comment perçois-tu ton rôle d'informatrice ?

M5 : Je pense que c'est très important. En effet, c'est notre rôle à part entière de rassurer les gens car, comme on le disait, sur internet, on trouve de tout et n'importe quoi. Quand je leur parle d'un nouveau vaccin, je leur dis que s'ils ont la moindre question, c'est à moi qu'il faut la poser. Je leur précise que j'essaierai de leur répondre au mieux, et que si je n'ai pas la réponse, je poserai moi-même la question à des gens compétents, puisqu'on a un service d'Infectieux à Rodez qui fonctionne très bien et dont les médecins sont très gentils et répondent très

bien à nos questions, donc on n'hésite pas. On a même régulièrement des petits topos, le dernier sur la vaccination était il y a environ un an lors de notre Journée Aveyronnaise de Médecine. C'est pas mal car cela nous permet d'être au courant. Voilà... Je dis vraiment à mes patients de ne pas aller voir sur internet. Je pense que notre rôle n'est pas seulement de dire « il faut faire ceci ou cela » mais aussi de préciser pourquoi il faut le faire et pourquoi c'est important, et de rappeler que leur enfant ne craint rien. Si malheureusement cela arrive qu'un enfant ne tolère pas un vaccin, à ce moment-là on s'assurera que toute la famille est bien protégée afin de protéger l'enfant. Je pense qu'en tant que médecins généralistes, nous sommes les mieux placés pour expliquer cela. Quand les parents font suivre leur enfant chez nous, c'est qu'ils nous font confiance ; sinon ils iraient le faire suivre ailleurs.

CL : Quelle posture adoptes-tu face aux parents ?

M5 : Moi je n'aime pas faire culpabiliser les gens, parce que je n'ai pas l'impression que cela fonctionne. S'ils ont des réticences, il faut en rechercher les causes et faire le nécessaire pour les tranquilliser. Il y a des patients avec qui la culpabilité fonctionne bien, mais je trouve que les parents se culpabilisent déjà suffisamment eux-mêmes pour des millions de choses... Alors en rajouter, je n'aime pas cette idée. C'est vrai que cela dépend totalement des parents : ceux qui viennent en disant « il faut faire les vaccins » ne seront pas à convaincre et ceux qui sont plus réticents, le but est de leur donner l'information. Donc je leur explique que les vaccins sont devenus obligatoires pour de bonnes raisons, pas pour les lobbies ni les labos, je leur précise que je ne gagne pas d'argent en prescrivant des vaccins... Après, s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas ! Ma conviction intime est qu'il faut le faire, mais les patients demeurent libres de leurs choix. Parfois, je leur dis simplement que je cherche à protéger leur enfant, et que « Si l'on s'obstine un peu à vacciner les enfants, c'est car ces derniers n'ont pas leur libre-arbitre. Donc, en tant que parents, vous avez envie du meilleur pour eux et la vaccination est le meilleur moyen de les protéger ». Je ne sais pas comment je le dis en consultation... Mais j'espère que je ne les culpabilise pas. Je ne veux pas non plus être paternaliste parce que c'est leur enfant. En médecine générale, on est là pour conseiller et insister quand on pense que c'est vraiment important. Mais les gens conservent leur libre-arbitre ! En cas de refus, j'insiste et j'en reparle à chaque consultation. À la troisième, je note dans le carnet de santé qu'il y a un refus des parents malgré trois explications et puis voilà. Cela dit, ça reste rare dans ma patientèle. Il y a sûrement des régions avec bien plus de refus... Et surtout, je pense qu'on ne voit pas les enfants de ceux qui refusent catégoriquement. Pendant que j'étais en stage, j'avais eu le cas d'une famille de sept enfants vivant de façon originale et complètement exclus de la société : ils faisaient l'école à la maison, ne voyaient jamais personne, comme dans une secte. Eh bien, aucun des enfants n'était vacciné, contre rien du tout ! Un jour, les services sociaux leur sont tombés dessus pour un autre problème, du coup on a dû faire le rattrapage de tous les vaccins car c'était la condition pour que les parents les gardent. Donc les enfants des « contre », on ne les suit pas et je ne sais pas comment atteindre ces gens-là... Là, c'était grâce aux services sociaux et du fait d'une situation particulière ; mais sinon, on les aurait jamais vus... Enfin. J'ai remarqué quand même que parfois, il suffit de laisser du temps aux parents. Car s'ils ont peur, il faut éviter qu'ils se braquent. Si on laisse un mois de réflexion pour apaiser les parents et que ceux-ci finissent par accepter la vaccination, on a tout gagné alors que si on les culpabilise d'emblée et qu'on les braque, les enfants ne seront jamais vaccinés et là, on a tout perdu ! La patience est un élément important en médecine générale je crois... Et puis, comme ce sont des enfants que l'on est amené à suivre, en général on les revoit donc on sait qu'on peut leur laisser du temps pour réfléchir. Je sais que certains médecins peuvent dire « si vous n'acceptez pas de faire vacciner vos enfants, je ne vous suis plus », car on a le droit d'avoir une clause morale de ce type. Pour l'instant, je n'ai jamais été amenée à le faire car ce n'est pas une situation que je rencontre souvent. À mon avis, certaines personnes sont réceptives à ces phrases chocs qui les font réagir dans le bon sens, mais la grande majorité des parents a seulement besoin de temps. Enfin, c'est seulement ma petite expérience car cela fait seulement deux ans que je suis installée...

CL : As-tu l'impression d'adapter tes réponses au cas par cas ? Pour quelles raisons ?

M5 : Bien sûr ! Ce n'est pas évident mais j'essaie ! Je pense que si notre métier n'est pas fait par des robots, c'est parce qu'il faut qu'on s'adapte aux gens que l'on a devant nous et qu'il n'y a pas qu'une seule réponse. Sinon, on ferait des ordonnances toutes faites pour les six premières années de la vie ! On voit bien qu'il y a de nombreux types de parents différents... S'adapter et faire du cas par cas est pour le moi le but de notre métier et, plus généralement, la base nécessaire aux rapports humains. Souvent, lorsqu'on fait un pas vers les gens, eh bien ceux-ci font aussi un pas vers nous ; alors que si l'on se jette sur eux, ils se sentent agressés.

CL : Oui c'est sûr... Et combien de temps consacres-tu à ce sujet en consultation ?

M5 : Nous faisons des consultations de vingt minutes pour les suivis et nous essayons au maximum de faire les suivis des enfants en dehors d'un épisode aigu. Mais on ne parle pas seulement des vaccins pendant ces

consultations... même si avant 1 an, c'est souvent le sujet prédominant, avec le suivi de la croissance. En ce qui me concerne, je prends le temps qu'il faut. C'est toujours pareil : pour celui qui est convaincu, cela va aller vite ; et pour celui qui a des réticences, on va y passer plus de temps. Je suis consciente que c'est un luxe d'avoir du temps car quand on n'en a pas, notamment lors des journées surchargées, c'est là que l'on va dire « de toutes façons c'est comme ça et il faut les faire » et que l'on reproduit les consultations à l'identique pour tous nos patients, sans justement s'adapter à chacun d'eux. Moi, je peux passer trente minutes au lieu de vingt avec chaque patient si j'estime que cela est nécessaire. Au contraire, il y a des endroits où, par la pression du monde, eh bien ils ne peuvent pas et c'est vraiment dommage... Car c'est avec le temps qu'on arrive à convaincre les gens. En expliquant, réexpliquant, encore et encore... Pour ceux qui sont vraiment fermés, j'explique aussi, même si on voit que ça ne va pas marcher (rires) ! Cela reste néanmoins très rare. Après, on verra ce que cela donne pour l'hépatite B car maintenant il est inclus dans l'hexavalent, et il y a beaucoup d'enfants non concernés par l'obligation vaccinale qui ne l'ont pas eu car c'était en pleine polémique. Pour eux, les recommandations sont de les vacciner seulement s'ils ont un risque dans leur travail donc c'est ce que l'on fait. Pour l'instant, je n'ai pas eu le cas d'un enfant de moins d'un an dont les parents refusaient l'hexavalent à cause de l'hépatite B. Le jour où cela arrivera, je m'efforcerai de bien leur expliquer pour tenter de les convaincre. S'ils refusent, eh bien ce sera pareil qu'avant : on ne le fera pas, et puis on réessaiera plus tard. Donc oui, il faut du temps et je profite du fait qu'on ait la chance de pouvoir le prendre.

CL : Bien sûr, autant en profiter ! Et donc sur quels arguments est-ce que tu t'appuies pour les informer ? Utilises-tu des supports ?

M5 : Non. Je leur conseille d'aller sur le site de la HAS s'ils souhaitent chercher des informations sur internet. Et surtout, s'ils ont vu des choses qui les ont interpellés sur certains sites, je leur dis de les noter afin qu'on les regarde ensemble en consultation. Car ils ne peuvent pas s'empêcher d'aller lire sur internet ! C'est vrai que je n'ai pas de documents à leur donner... Je préfère pour l'instant leur parler. Et je n'ai pas eu besoin de leur donner plus d'informations jusqu'à présent. Il y a eu un moment où une vidéo affreuse du Pr. Joyeux circulait sur internet ; je l'ai donc regardée de nombreuses fois avec les mamans pour leur montrer à quel point cette vidéo était ridicule et montée. Je trouve que c'était de la très mauvaise communication, juste dans le but de les faire culpabiliser de vacciner leurs enfants. J'essayais de leur montrer sur quoi jouent les anti-vaccins pour décourager les gens de vacciner leurs enfants. Enfin voilà. Sinon je n'utilise pas d'outils de façon générale car les gens croient ce que je leur dis (rires) ! Mes explications verbales semblent suffire et je n'ai jamais eu besoin de leur montrer des articles ou des choses plus spécifiques pour les convaincre. Ils me font confiance là-dessus. Après, s'il existe des sites que je ne connais pas à indiquer aux patients, cela m'intéresse. Mais à part la HAS, je n'en connais pas...

CL : Connais-tu le kit d'information « vaccination » élaboré par Santé Publique France?

M5 : Non, je ne le connais pas, ou alors je suis passée à côté... On a seulement reçu le nouveau calendrier des vaccinations par la Sécurité Sociale, ou je ne sais plus qui nous l'a envoyé... Donc non, ça ne me dit rien, mais ça m'intéresse beaucoup de l'avoir !

CL : Alors, tu peux demander à ce qu'on te l'envoie sur le site Santé Publique France. Il comporte 5 outils : un Repère Pour Votre Pratique pour toi, une brochure Questions/Réponses pour les parents à mettre dans la salle d'attente par exemple, un calendrier des vaccinations du nourrisson 2018, une affiche et un marque-page vaccination-info-service.fr. Il s'agit du nouveau site de référence sur la vaccination.

M5 : D'accord. C'est bien qu'ils aient fait ça !

CL : As-tu recours à des stratégies de communication particulières ?

M5 : Je n'en ai pas l'impression... Je n'ai pas de discours-type tout fait là-dessus... Mais peut-être qu'il faudrait ! Je vais en parler avec mes collègues.

CL : Pas forcément, c'est selon ta pratique et tes patients... Cela dépend vraiment des gens...

M5 : Oui c'est vrai.

CL : Et comment te sens-tu lors de ces consultations en général ?

M5 : Je me sens bien ! Je suis convaincue de ce que je dis donc je pense que c'est pour cette raison que cela va bien. Les pires, ce sont ceux qui sont complètement contre parce que l'on doit rester patient et à l'écoute, mais quand ils nous sortent tous les clichés anti-vaccination, ça énerve un peu (rires)... Mais je le vis bien, car je sais que je ne peux pas faire changer tout le monde. Et puis après tout, ils ont le droit de penser cela. Bon... C'est vrai que les jours où je suis fatiguée, que c'est le dernier patient de la journée et qu'il me sort sa théorie du complot, là je suis un peu moins patiente (rires) ! Mais les jours où je ne suis pas fatiguée, je prends cela avec un

peu plus de recul... Pour tous les sujets, c'est pareil. Mais globalement, je me sens bien pour parler de vaccination car je suis convaincue de ne pas faire de mal aux gens que je vaccine donc à partir de là, ça va.

CL : Comment s'est passée la dernière fois que tu as abordé le thème des onze vaccins obligatoires avec des parents ?

M5 : Très bien. Comme je te le disais, je n'ai vraiment pas de soucis...

CL : Très bien ! Et as-tu tout de même en tête une situation qui t'aurait posé problème récemment ?

M5 : Euh... Non, pas sur les vaccins. Enfin, si : une. Il y a eu une jeune fille qui avait eu un premier ROR et qui avait fait les oreillons. Oui, cela arrive... Et comme elle était petite, elle avait un an, la mère avait eu très très peur... Donc maintenant c'est difficile de la convaincre de faire la deuxième dose pour sa fille. Mais c'est pareil, je pense qu'avec le temps, elle va finir par accepter, car sa fille est devenue grande et sera capable de dire si ça va ou pas... Ce ne sera donc pas pareil. Enfin, c'est la seule dont je me souviens qui m'ait posé problème. Personne n'a fait d'allergie ni de réactions graves après un vaccin. Même pour l'hépatite B, je n'ai pas eu trop de problèmes... Je touche du bois, pourvu que ça dure !

CL : D'accord. Comment est-ce que tu évalues la satisfaction de tes patients quant à ta façon de communiquer sur les vaccins ?

M5 : Ben... Ils les font et ils reviennent me voir (rires) ! Donc c'est que ma façon de communiquer avec eux leur va. Sinon les gens changent de médecin quand la relation fonctionne mal, car ce n'est pas possible, il faut pouvoir communiquer. On n'y arrive pas avec tout le monde, c'est sûr... Mais ceux avec qui on n'y arrive pas, on le sent. Donc les gens ne reviennent pas. Moi, j'ai tendance à me poser beaucoup de questions : « Est-ce que je fais bien ? Est-ce que je ne fais pas bien ? Etc. », mais à partir du moment où les gens reviennent, je me dis que c'est bien. Voilà, s'ils me font suivre leurs enfants et que je les suis déjà eux-mêmes, c'est que ça va. Sinon, ils iraient voir quelqu'un d'autre. J'évalue donc comme ça, et je ne leur pose pas spécialement la question.

CL : C'est une réponse fréquente ! On va essayer de parler des parents maintenant. Comment penses-tu qu'ils se sentent lors de ces consultations ?

M5 : Eh bien, ceux qui sont convaincus par les vaccins se sentent bien, c'est la normalité pour eux. Après, lors des consultations pour les vaccins, il y a toujours beaucoup de pleurs chez les enfants, et certains parents le vivent plus ou moins bien parce que... Je n'ai pas d'enfant mais j'imagine que cela doit être triste de voir pleurer ses enfants... Au final, ils sont convaincus de faire le bien pour leur enfant donc souvent, ils sont plutôt contents. Et puis, ils savent qu'il faut lui faire et que ça ne lui fait pas tant de mal que ça... Je pense qu'ils le vivent tous bien car, en fait, même ceux qui ne veulent pas en entendre parler sont convaincus qu'ils ont raison ! Donc dans tous les cas, ça se passe bien pour eux (rires) !

CL : Dans quelles mesures les consultations portant sur la vaccination ont-elles changé depuis la mise en place des onze vaccins obligatoires ?

M5 : Pour l'instant, je n'ai vu aucune différence... Mais c'est récent donc il faut peut-être laisser passer un peu de temps. En réalité, soit c'est moi qui fais tous les vaccins avant un an, soit c'est le pédiatre, du coup ils les ont tous sans exception, même l'hexavalent. Les pédiatres vont dans la même direction que nous donc nous n'avons pas de problème. Jusqu'à présent, je n'ai vu aucun enfant de moins de un an ayant eu des pentavalents, par exemple. Mais cela ne fait que quatre mois...

CL : Selon toi, comment tes patients s'informent-ils en dehors du cabinet ?

M5 : Par internet, la boulangère, le coiffeur, la voisine, la belle-mère qui a dit ceci, le voisin dont la belle-fille a fait cela (rires)... Non mais c'est très souvent comme cela ! Les gens prennent beaucoup les informations sur internet ; quoique cela diminue doucement car ils commencent à se rendre compte qu'on y trouve tout et n'importe quoi... Ceux qui ont la capacité de critiquer internet s'en rendent compte, ceux ne l'ayant pas ne s'en rendent bien sûr pas compte et lisent tout donc c'est compliqué... Mais c'est surtout l'entourage : s'il y a la moindre petite réaction à un vaccin dans l'entourage, cela va créer des peurs chez toute la famille pour deux générations ! Donc on se bat surtout contre cela, mais aussi contre la boulangère, la coiffeuse et l'esthéticienne. Car les gens discutent et partagent leurs expériences ! On n'entendra jamais « Oh j'ai fait vacciner mon fils et tout va bien ! », non... On ne le dira que s'il y a eu un problème faisant suite à un vaccin, qui peut d'ailleurs n'avoir aucun rapport, mais les liens sont facilement faits lorsque l'on a peur. Voilà. Les gens discutent de tout, pas seulement des vaccins, en tous cas dans les petites villes... Dans ce village, j'ai l'impression que tout se sait ! Et cela prend parfois des proportions terribles.

CL : Quelles sont les préoccupations ou croyances que tu entends le plus souvent ?

M5 : Euh... Les pathologies auto-immunes, dont le nombre augmenterait avec les vaccins. On l'a surtout entendu avec le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques. Il y a aussi une phrase qui revient assez

souvent : « C'est beaucoup pour l'organisme, le système immunitaire n'est pas fait pour cela », puis l'aluminium, et les complots avec les laboratoires, les lobbies... De toutes façons, ceux qui sont contre sont souvent ceux qui croient en la théorie du complot (rires) ! Enfin, ce sont leurs croyances... Il y a aussi « finalement, la rougeole, ce n'est pas si grave » et « la diphtérie et la poliomyélite n'existent plus en France » ; ce qui n'est pas faux, mais cela existe encore ailleurs. Ils se disent que ces maladies que l'on connaît bien ont disparu et donc se demandent bien pourquoi on continue à faire ces vaccins... Voilà ce sont les préoccupations principales que j'entends.

CL : Quel est ton avis sur l'influence exercée par les médias sur tes patients à propos de la vaccination?

M5 : Je pense que c'est mal expliqué, et que l'on trouve vraiment de tout et n'importe quoi dans les médias. Ce ne sont pas des dialogues scientifiques, il n'y a pas de preuves, cela fait peur... Tout le monde y va de son commentaire donc cela provoque un effet boule de neige. Bon, on est bien obligé de passer par les médias, mais je pense que ceux-ci pourraient être plus neutres. Beaucoup de gens lisent des articles sur Facebook et sur internet car c'est ce qui leur saute aux yeux, mais ces papiers sont très souvent biaisés et ne pèsent pas le pour et le contre. Les vaccins demeurent un médicament, et ont donc des effets indésirables comme tous les autres médicaments. C'est ce que j'explique aux gens : « Ce n'est pas de l'homéopathie, c'est actif, mais c'est ce que l'on demande aux vaccins ! Il y a une balance bénéfices-risques largement en faveur des bénéfiques, avec des risques prouvés comme très minimes, donc on les accepte. Mais oui, il faut bien garder à l'esprit que ce ne sont pas des plantes ». De mon côté, j'ai pu constater que c'est surtout sur Facebook que cela part dans tous les sens... Mais cela m'est arrivé de lire des articles que je trouvais bien faits, et de les partager. C'est une question de point de vue. Et puis cela reste valable pour tous les sujets : il existe des articles bien faits et d'autres non ; et la grande majorité de nos patients n'a pas la formation ni les connaissances nécessaires pour faire le distinguo. C'est donc notre principal combat : lutter contre ce qu'ils ont lu sur internet... Et justement il faut être capable de leur proposer des sites où l'on sait que ce qui est écrit est scientifique et que l'on peut se baser dessus sans craintes.

CL : On va maintenant parler un peu de toi. Comment suis-tu les recommandations vaccinales pour toi-même ?

M5 : Je suis à jour ! Mes parents m'avaient faite vacciner contre tout ce qui était recommandé quand j'étais enfant. Il n'y a que le Gardasil que je n'ai pas eu car, quand il est sorti, il y avait encore la restriction qui stipulait de le faire sans jamais avoir eu de rapports donc je ne l'ai pas fait. Et maintenant, à 31 ans, eh bien c'est trop tard (rires) ! Sinon, j'ai tous les autres, je suis à jour de mon DTP-Coqueluche et de mon ROR, je me vaccine contre la grippe tous les ans... Car nous sommes très exposés en médecine générale, et se faire arrêter une semaine pour une grippe, c'est non ! Et puis je me vaccine aussi contre ce qu'il faut dès que je pars à l'étranger. Voilà ! Comme ça, quand je serai dans un projet de grossesse, tout sera au vert. Je n'ai pas encore d'enfants, mais ils seront tous vaccinés ! J'ai dit à mon conjoint qu'il n'aurait pas le choix, qu'il soit pour ou contre, nos enfants seraient vaccinés (rires) ! À part en cas d'allergie bien sûr... Et s'il existe de nouveaux vaccins d'ici-là, et qu'ils apportent un bénéfice, ils les auront également.

CL : Au moins c'est clair (rires) ! Quels conseils donnes-tu à tes proches ?

M5 : Je leur conseille de se faire vacciner, d'être à jour, de surveiller leurs carnets de vaccinations et de se protéger, notamment contre la grippe. Donc je les encourage à se faire vacciner contre la grippe tous les hivers. Mais je sais qu'ils m'écoutent peu et je ne vais pas vérifier, ils sont responsables... Lors de mon dernier repas de famille où ils posaient des questions sur les onze vaccins, j'en ai profité pour leur dire de vérifier leurs vaccinations, car c'est trop dommage... On est tous un peu « bricolo », à mettre nos mains dans la terre régulièrement, donc ce serait si bête de mourir du tétanos de nos jours ! J'ai fait le rappel DTP de mon conjoint car il ne s'en occupait pas. Je lui ai dit qu'une petite dose tous les 20 ans, ce n'est quand même pas si contraignant ! Voilà, globalement j'essaie de dire aux gens « tenez-vous à jour » surtout que maintenant, le calendrier a été simplifié, donc c'est facile... Une fois que l'on est bien vacciné dans l'enfance, cela simplifie la suite. Pour les adultes, le plus dur se résume à ne pas oublier les rappels mais c'est notre travail de gérer cela, en tant que médecins. Je regarde pour chaque nouveau patient, et régulièrement.

CL : Quel est ton avis sur ce choix du gouvernement de rendre ces onze valences obligatoires ?

M5 : Je pense que c'est bien. Après, je trouve cela dommage que l'on en soit arrivé là. Dans ma naïveté, j'aurais préféré que les gens comprennent l'importance de la vaccination sans que l'on ait besoin de les forcer, car cela braque toujours. Les gens ont besoin de se sentir libres et, lorsque l'on rend des choses obligatoires, même si l'on est convaincu que c'est pour leur bien, ils se sentent agressés et tout cela amplifie leurs craintes, notamment du complot sur les labos, les lobbies... Et c'est très désagréable. J'aurais préféré que les choses se fassent dans la

logique et le bon sens, que les gens comprennent quand on leur expliquait simplement que c'était recommandé car important, et que l'on n'ait pas besoin de les rendre obligatoires... Mais je trouve cela rassurant que les enfants soient protégés par le système de santé. Car eux n'y sont pour rien si leurs parents sont contre les vaccins, ou s'ils ont des idées... on va dire « farfelues » (rires) ! Voilà, de principe je pense que c'est toujours mieux sans coercition et avec du dialogue, mais on constate que, quand on ne le fait pas, le résultat c'est par exemple l'énorme épidémie de rougeole en Aveyron... J'espère que cela fera réfléchir les partisans du « si ce n'est pas obligatoire, c'est que ce n'est pas important » et que l'on y arrivera mieux avec l'obligation vaccinale, car notre discours ne suffisait pas !

CL : Sur quels arguments as-tu construit ta propre opinion sur les vaccins ?

M5 : Sur ce j'ai appris pendant mes études, sur le simple principe de la prévention comme base de la médecine avant tout. Les vaccins existent, donc je crois qu'il faut s'en servir. Pendant nos études, on nous apprend ce qui est recommandé pour des tas de bonnes raisons, donc je ne vais pas aller vérifier toutes ces informations car je n'ai pas le temps et puis, d'autres l'ont fait pour moi. C'est justement pour cela que ce sont des recommandations et je m'en sers. Nous avons tous aussi nos petites expériences de méningite chez l'enfant, de pneumopathies à pneumocoque... de maladies graves qui auraient pu être évitées. Donc, puisque nous avons les moyens de le faire, il faut impérativement tenter de les éviter. Pour moi, c'est du bon sens. Donc je le reconnais, je n'ai pas cherché à me renseigner plus sur le sujet, et je m'appuie sur le travail des experts.

CL : Quelles sources d'informations utilises-tu pour toi-même concernant les vaccins ?

M5 : J'utilise surtout les sites de la HAS et de l'ANSM, et puis le Vidal que je lis beaucoup.

CL : Et à quel point te fies-tu aux données scientifiques validées sur la vaccination ?

M5 : Si ce sont des études menées avec la rigueur scientifique que l'on nous a apprise, j'ai pleine confiance. Quand ce sont des labos qui publient, il faut bien sûr garder son sens critique, a fortiori si c'est le labo qui commercialise... Mais de façon générale, je fais confiance aux articles des autorités scientifiques.

(L'entretien est interrompu par l'appel d'une patiente)

CL : Comment évalues-tu l'implication des autorités politiques, sanitaires et scientifiques dans la transmission de l'information ?

M5 : Euh je ne me suis jamais posée la question...

CL : Est-ce que leur travail te satisfait ? Ou aurais-tu plutôt des choses à redire ?

M5 : Non, je pense que c'est très bien qu'ils se penchent sur cette question. Après, plus il existe de documents faciles à lire, mieux c'est car nous n'avons pas assez de temps. Il faut que ce soit clair et concis. J'irai voir le site vaccination-info-service.fr dont tu m'as parlé. Ce serait bien qu'ils fournissent un petit recueil des études qui existent actuellement afin que l'on puisse le lire vite et facilement. Voilà, je pense que c'est vraiment bien qu'ils communiquent sur les vaccins, et qu'ils véhiculent le message-clé que c'est important.

CL : Quelles améliorations ou nouveaux outils proposerais-tu ?

M5 : Ben... Comme je ne sais pas ce qu'il y a sur ce nouveau site, et qu'il y a peut-être déjà des choses très claires, des chiffres... je n'ai pas trop d'idées. Donc j'irai voir pour me renseigner. Mais là, comme ça, je n'ai rien qui vient, désolée...

CL : Pas de souci. Ça y est je te libère (rires) ! Merci beaucoup d'avoir accepté de participer, et désolée que cela t'ait pris du temps...

M5 : Pas de problème, avec plaisir. Tu pourras m'envoyer les résultats de ta thèse ?

CL : Bien sûr !

M5 : Bon courage, et à bientôt ! C'est beau l'Aveyron, il faut venir !

ENTRETIEN avec M8 : le 02/05/2018, durée : 31 min

CL : Comment le sujet de l'obligation vaccinale est-il amené lors de tes consultations ?

M8 : Alors maintenant, ils savent que je suis très pro-vaccination. Donc il y en a quelques uns qui me disent « Vous vous rendez compte ?? Onze vaccins obligatoires ?! Etc. » mais en fait, moi je hausse généralement les épaules en leur disant « Bah regardez le carnet de votre fils, vous en comptez combien ? ». Là, ils me répondent « Je ne sais pas », et puis je rétorque « Bah onze ! On les a déjà tous faits. Voilà ». Tout simplement. J'essaie tout de même de leur expliquer que si le gouvernement a été obligé de faire cela, c'est justement parce qu'il existe des gens anti-vaccinaux qui font prendre des risques aux enfants et que donc, malheureusement, on a été obligé d'en venir là... Donc, de façon générale, ce sont plutôt les parents qui abordent la question. Mais, de temps en temps, je rappelle les vaccinations à faire pour les ados et les adultes et je leur glisse un petit « De toutes façons, c'est obligatoire maintenant ». Voilà !

CL : Il existe une statistique de Santé Publique France mettant en évidence que 81,3% des parents disent rechercher les informations sur les vaccins auprès de leur médecin traitant (BEH 10/2017). Comment perçois-tu ton rôle d'informatrice ?

M8 : Euh... Cela me tient vraiment à cœur. À partir du moment où ils me posent la question, je prends vraiment le temps. Généralement, c'est à peu près cinq minutes et là, je suis intarissable (rires). C'est mon truc ! Donc je leur explique pourquoi il faut se vacciner, et je leur donne des petites statistiques. Par exemple, si je ne raconte pas de bêtises, je leur dis qu'en 2013, il y a eu 205 morts du tétanos et que c'est une catastrophe. Je leur explique ce qu'il s'est passé dans l'est de la France et dans les pays de l'Est, avec la recrudescence de la rougeole, en disant qu'il y a eu des morts et que c'est complètement idiot. Je leur rappelle qu'il y a eu un mort de la typhoïde il n'y a pas longtemps, en Espagne je crois... Enfin voilà, tu vois, je redis un petit peu les choses pour montrer que l'on ne mourait plus de ces pathologies justement parce que l'on était vacciné, et non pas parce qu'elles avaient disparu !

CL : Je vois que tu prends cela très au sérieux...

M8 : Ah oui bien sûr ! Généralement, je leur exprime tout ce que j'ai à dire, et après je leur parle des rumeurs sur internet avec le Professeur Joyeux, qui s'est fait radier de l'Ordre, donc ça je le répète ! Je leur précise aussi qu'il était peut-être affilié à une secte, je me suis renseignée sur le sujet ! Je leur dis que son métier n'était pas d'être vaccinologue, mais chirurgien, voilà... Et je leur rappelle que s'ils souhaitent se renseigner sur internet, je suis absolument pour. Par contre, je veux qu'ils aillent sur des sites crédibles, donc je leur donne un site qui s'appelle infovac.com. Dessus, ils parlent de toutes les rumeurs qu'il y a eu, les confirment ou les infirment... Bon, généralement elles sont plutôt fausses et moi ça m'arrange (rires) ! Ensuite, tous les articles citent toutes les études utilisées pour appuyer leurs arguments. Moi, cela me permet de dire « Vous voyez, quand j'avance quelque chose, je le prouve. Je ne balance pas un truc comme cela, sorti de nulle part et sans justification ».

CL : Et du coup, quelle posture adoptes-tu face aux parents ?

M8 : J'aime bien être dans le cadre d'une décision éclairée, vraiment c'est ce que je souhaite. J'aime bien que mes patients sachent pourquoi ils font quelque chose. Après, je préfère qu'ils aillent dans mon sens évidemment (rires) ! Mais, j'essaie quand même de rester un petit peu ouverte... En effet, j'ai par exemple des adultes qui refusent d'être vaccinés. Donc, tous les mois lorsqu'ils viennent chercher une ordonnance pour un antihypertenseur, je leur mets le Repevax® dessus.

CL : Tu ne lâches rien (rires) !

M8 : Non ! Mais ils ne l'ont quand même toujours pas acheté, et le pharmacien doit bien se marrer !

CL : Je suis sûre qu'un jour ça paiera !

M8 : J'espère...

CL : Combien de temps consacres-tu à ce sujet en consultation ? Et estimes-tu cela suffisant ?

M8 : Euh... Le temps n'est jamais suffisant. Par contre, à partir du moment où l'on aborde le sujet et où le patient est intéressé, je prends le temps de lui répondre. Même si je suis en retard, je prends le temps qu'il faut s'ils sont intéressés. Donc on va dire que cela me prend environ cinq minutes s'ils me posent la question.

CL : Sur quels arguments t'appuies-tu pour les informer ? Utilises-tu des supports ?

M8 : Non, je n'ai pas trop de supports informatiques ou de brochures ou de choses comme cela... En revanche, je recommande beaucoup ce site infovac.com, que j'écris sur un post-it pour leur donner. Je réfléchis mais non, vraiment, au niveau des supports informatiques, je ne me sers que de ce site-là... Sinon, c'est uniquement des statistiques que je leur redonne comme je te l'ai dit, et puis des petites histoires de ce genre-là.

CL : Connais-tu le kit d'information « vaccination » fait par Santé Publique France ?

M8 : Ah non...

CL : C'est un kit élaboré récemment et que tu devrais recevoir. Il comprend 5 outils : un Repère Pour Votre Pratique pour les médecins, une brochure Questions/Réponses pour les parents, un calendrier des vaccinations du nourrisson 2018, une affiche et un marque-page vaccination-info-service.fr, le nouveau site de référence sur la vaccination.

M8 : D'accord, c'est bien ça.

CL : Tu peux le demander via le site Santé Publique France si tu le souhaites.

Est-ce que tu penses adapter tes réponses au cas par cas, sur le sujet de la vaccination ?

M8 : Euh... Oui j'essaie. Alors c'est vrai que j'ai des patients habitant à Béthune centre qui sont d'un niveau social plutôt aisé, après j'ai aussi de nombreux patients venant de la ZUP... Mais, honnêtement, ce ne sont pas ceux qui posent le plus de problèmes, qui vont poser le plus de questions et qui vont être les plus réticents à la vaccination. Alors parfois, ces patients-la justement, vont me dire « Ah oui moi docteur, je suis pour la vaccination hein ! », mais ils ne savent pas trop pourquoi finalement... Et c'est vrai que je n'ai pas forcément les mots pour leur expliquer parfaitement comment cela fonctionne, pourquoi nous les faisons, etc. Il faut dire que je n'ai pas non plus un temps infini en consultation et, s'ils sont déjà pour, je ne vais pas essayer de les convaincre... Du coup, j'essaie de passer plus de temps sur ce sujet avec ceux pour lesquels il y a un vrai travail à fournir, en quelque sorte. Ce n'est pas parfait tout cela malheureusement...

CL : Oui... As-tu recours à des stratégies de communication particulières ?

M8 : Euh... J'utilise une métaphore, mais plus pour la grippe. Car j'ai de nombreux patients qui me disent « Moi je ne me vaccine pas. Je ne me suis jamais vacciné et je n'ai jamais été malade ! Donc cela veut dire que tout va bien sans ! ». Moi, je leur réponds « Avez-vous déjà eu un accident de la route mortel ? » et forcément, la réponse est « Bah... non ! ». Donc j'enchaîne : « Est-ce que cela vous arrive de prendre la voiture sans mettre votre ceinture ? » ... Du coup je leur explique : « Ce n'est pas parce que vous ne la mettez pas que vous allez forcément avoir un accident mais on ne peut pas savoir. Pour le vaccin contre la grippe, c'est pareil, c'est une ceinture de sécurité ». Généralement, cela fait son petit effet. Mais je l'utilise vraiment plus pour la grippe que pour les autres.

CL : D'accord. Comment te sens-tu lors de ces consultations en général ?

M8 : Euh... Sur les vaccins ? Eh bien moyen, car on va dire que cela m'est déjà arrivé de me prendre sévèrement la tête avec des gens... Donc il est vrai qu'au moment où les patients abordent le sujet, je suis généralement un peu sur la défensive. Bien sûr, j'essaie de ne pas le montrer, mais je sais que cela peut dégénérer (rires) ! Donc cela m'arrive d'être vraiment très mal à l'aise.

CL : Te sens-tu parfois démunie, en quelque sorte ?

M8 : J'ai les arguments scientifiques pour leur faire face, mais le problème c'est que les vrais anti-vaccinaux, ce sont des gens qui ne raisonnent pas sur une base scientifique avec des études... J'ai réussi à convaincre des patients qui justement étaient indécis car ils manquaient de connaissance, et une fois qu'on leur cite des études en leur disant « Vous allez sur ce site, il en existe plus de 300 référencées, avec 3000 patients inclus dans de nombreux pays... Comme par exemple pour l'hépatite B, nous n'avons prouvé aucun lien avec la sclérose en plaques ». Enfin voilà, cela leur permet d'avoir accès à de vraies informations et ils sont plutôt contents de ce type de réponse. Après, il y a toujours des gens qui demeurent sur le mode « de toutes façons, la vaccination, c'est un complot ; et les études, c'est un complot aussi ! ». Et puis, il y en a même une un jour qui m'a sorti : « Tout cela c'est n'importe quoi, c'est vous qui ne lisez pas ce qu'il faut ! » (Rires). Donc face à ce genre d'argument, je suis en effet démunie, je ne peux rien faire... Mais de façon générale, je pense que ce sont des gens que je ne reverrai pas (rires) !

CL : Comment s'est passée la dernière fois que tu as abordé le thème des onze vaccins obligatoires avec des parents ?

M8 : Très bien car la dernière fois que je l'ai fait, c'était pour des parents qui étaient pour... Au final, cela n'a pas été différent des consultations avant cette nouvelle législation, ils ne savaient juste pas ce qui était compris dans les onze vaccins obligatoires...

CL : As-tu en tête une situation difficile t'ayant posé problème récemment, en lien avec la vaccination ?

M8 : Oui, il s'agissait d'une famille avec deux jumelles nées prématurément, et les deux parents étaient... Je n'irai peut-être pas jusqu'à dire maltraitants, mais en tous cas, négligents. J'avais constaté un énorme retard vaccinal, mais je les voyais assez rarement... Et avant que je réfléchisse à faire un signalement ou non, malheureusement ils sont partis dans le sud. Donc je n'ai pas trop su comment réagir face à cette situation... J'avais quand même réussi à convaincre la maman lorsqu'elle venait sans le papa de faire deux ou trois vaccins.

Par exemple, je l'avais vue à 15h une après-midi et, vu que le père était absent, car c'est lui qui était contre et parfois violent, je lui ai dit : « Revenez avec les vaccins que je vous prescris maintenant, je vous revois dans deux heures et on fait les vaccins ». Mais on les a fait de manière cachée... Et c'était uniquement les deux premiers Infanrix® et Prévenar®. Je n'ai pas réussi à faire plus... Et après ils sont partis. Je crois que j'aurais dû faire un signalement... Mais on ne sait jamais trop. Et puis je m'occupe aussi de la sœur, donc tu imagines toute l'histoire !

CL : Oh oui... Comment évalues-tu la satisfaction de tes patients quant à ta façon de communiquer sur les vaccins ?

M8 : J'ai l'impression que généralement, ils aiment bien ma façon de communiquer car ils voient que le sujet m'emballer ! Je pense qu'ils savent que c'est mon truc... J'ai réussi malgré tout à en convaincre quelques uns, et une fois le vaccin fait, ils étaient même contents car ils pouvaient constater par eux-mêmes que le gamin n'avait eu aucune réaction et que cela s'était très bien passé. Il y a juste eu quelques fois où j'ai été face à de vrais retards avec du Professeur Joyeux et compagnie mais sinon cela se passe plutôt vraiment bien...

CL : Alors maintenant on va parler des patients et de leurs représentations. Comment penses-tu qu'ils se sentent lors de ces consultations ?

M8 : Hum... C'est difficile... Je ne me suis jamais posée la question. Je pense qu'ils sont un peu perdus car au départ, il y avait seulement trois vaccins obligatoires et puis tout d'un coup, on dit qu'il y en a onze. Donc on peut comprendre qu'ils soient perdus. Cela les a franchement rassurés quand je leur ai dit « mais vous savez, cela ne change rien car on les a déjà tous faits » et là franchement, j'ai vraiment vu le « Pfffouuuuu ! » (Rires). Voilà. Au début, ils étaient vraiment remontés contre la nouvelle loi, mais une fois que je leur ai expliqué que mes collègues et moi faisons tous les vaccins et que, par exemple, dans l'Infanrix-Hexa®, eh bien il y en a six... Cela va mieux. Ils ne se rendent pas compte en fait, et c'est normal. Donc une fois qu'on leur explique, cela va mieux !

CL : Dans quelles mesures les consultations portant sur la vaccination ont-elles changé depuis la mise en place des onze vaccins obligatoires ?

M8 : C'est beaucoup plus simple pour moi ! Parce que, de toutes façons, c'est obligatoire, donc déjà cela pose les choses. Et ensuite, j'ai plusieurs arguments pour justifier que c'est une bonne chose, même si cela est triste d'en arriver là... C'est d'ailleurs ce que je leur dis. Mais cela montre que le gouvernement s'est positionné en véhiculant l'information que ces vaccins sont sans danger car, mine de rien, s'ils avaient été dangereux, eh bien ils auraient eu des problèmes ! Surtout avec tout ce qu'ils s'est passé récemment, le Levothyrox® et toutes ces affaires-là... Donc le fait de les rendre obligatoires montre qu'ils ont vraiment confiance, et cela rassure un peu les gens. Je dis également souvent que l'on comprenait mal les trois vaccins obligatoires précédents, puisque les autres apparaissaient alors moins importants. Donc la logique aurait voulu que l'on décide d'emblée qu'il n'y en ait aucun d'obligatoire, ou alors qu'ils le soient tous. Maintenant, la question ne se pose plus et je trouve que c'est plus clair pour les gens. Généralement, ils comprennent bien cet argument.

CL : Selon toi, comment tes patients s'informent-ils en dehors du cabinet ?

M8 : Alors, il y en a quelques uns qui sont allés sur mon site internet, on a donc pu en reparler par la suite. Et puis ils sont revenus me voir avec les vaccins, donc je pense qu'ils ont été convaincus ! Ils semblent avoir bien compris que les vidéos que l'on peut trouver sur internet font plus partie d'un vaste fourre-tout que d'une vraie argumentation scientifique...

CL : Quelles sont les croyances ou préoccupations que tu entends le plus souvent ?

M8 : Euh... Alors j'ai beaucoup la sclérose en plaques, même si la plupart de mes patients sont incapables de me dire le nom entier de la maladie (rires) ! Après, quelques uns m'ont évoqué le problème des adjuvants, et en particulier l'aluminium avec la maladie d'Alzheimer. Mais bon, là c'est pareil, je leur dis : « Regardez quand vous mettez vos saucisses dans l'aluminium pour faire un barbecue, vous en ingérez des quantités astronomiques ! Alors que là, ce que l'on vous injecte, ce n'est rien du tout ». Voilà, ce sont les deux préoccupations qui reviennent régulièrement.

CL : D'accord. Quel est ton avis sur l'influence exercée par les médias sur tes patients à propos de la vaccination ?

M8 : Oh la la c'est une catastrophe ! C'est une vraie catastrophe, je n'en peux plus. Même sur France Inter ils sont à côté de la plaque, c'est insupportable. Mais là ça y est, ils s'améliorent et ont recommencé à faire un peu de vrai journalisme. Mais jusqu'à maintenant c'était plutôt du genre « Oh il y a un doute sur quelque chose... Hop on lance la rumeur ! ». Insupportable ! J'ai entendu pas mal d'émissions et de débats il y a environ six mois, et il est vrai malgré tout que certains étaient relativement intéressants car ils invitaient un anti-vaccins et un

médecin pro-vaccins, et on se rendait bien compte que l'anti était complètement à côté de ses pompes... Maintenant, le problème pour moi, c'est que c'est une posture : les anti-vaccins ne sont donc pas des gens que l'on va réussir à convaincre. Par exemple, ceux qui partent et se perdent dans la théorie du complot sont complètement inaccessibles. Et cela est valable sur de nombreux autres sujets : le Levothyrox®, les statines... Enfin tu vois, ce sont des patients que l'on n'aime pas trop avoir (rires) ! Et il y en a de plus en plus...

CL : Alors, parlons maintenant de toi. Comment suis-tu les recommandations vaccinales pour toi-même ?

M8 : Ah totalement ! J'ai d'ailleurs refait mon Repevax® il n'y a pas longtemps (rires). Voilà. Je fais évidemment très attention au vaccin contre la grippe : je me vaccine chaque année depuis 15 ans. Euh et sinon... Méningite, ben je suis passée à côté car j'étais déjà trop grande donc je ne pouvais plus le faire, mais c'est dommage !

CL : Et pour ta fille ?

M8 : Ah pour Léonie, on a fait très attention, on lui a même fait le BCG. Mais elle est arrivée après l'obligation où l'on faisait les deux Nesvac®, donc elle n'en a eu qu'un. Mais oui, on lui a vraiment tout fait. Tout. Et pour le Papillomavirus, c'est pareil je lui ferai aussi.

CL : Et te sers-tu de ton expérience en tant que maman pour convaincre tes patients ?

M8 : Oui... Pour les plus récalcitrants, cela m'est déjà arrivé de leur dire que moi-même, je l'avais fait à ma fille. En fait, c'est souvent lorsqu'ils me posent simplement la question « qu'est-ce que vous feriez, vous ? ». Et moi je réponds « bah écoutez, pour ma fille j'ai tout fait ». Voilà. Pour le papillomavirus, l'occasion se présente moins et c'est vrai que l'argumentation est encore un peu incertaine car on n'a pas un recul énorme... Du coup je leur dis qu'actuellement on a beaucoup de « pour », avec néanmoins quelques « contre » mais qui ne sont pas encore vérifiés et que, s'il s'agissait de ma fille, je le ferais quand même.

CL : Quels conseils donnes-tu à tes proches ?

M8 : De se vacciner ! D'ailleurs je me suis engueulée avec ma cousine à propos de cela !

CL : Ah... Cela te crée des problèmes ?

M8 : Oh oui (rires) !

CL : Quel est ton avis sur ce choix du gouvernement de rendre ces onze valences obligatoires ?

M8 : Euh... Je suis vraiment triste que l'on en arrive là. Pour moi, ce n'était vraiment pas comme ça qu'il aurait fallu le faire. Maintenant, vu les « têtes-de-nœuds » que l'on a en face de nous de temps en temps, je pense que l'on était obligé d'en venir là... Et peut-être que plus tard, quand les gens seront revenus sur... comment dire... ben sur Terre ! Là ce sera peut-être plus simple et l'on pourra reprendre le modèle du volontariat.

CL : C'est quelque chose que tu souhaiterais ?

M8 : Ben oui... C'est sûr que d'un point de vue foi en l'humanité et l'intelligence de l'espèce humaine, cela serait mieux (rires) ! Mais je ne suis pas sûre que l'on y arrive un jour !

CL : En effet. Sur quels arguments as-tu construit ta propre opinion sur les vaccins ?

M8 : Euh... J'ai toujours été pro-vaccinations, ça c'est clair. Et justement, quand je me suis disputée avec ma cousine qui a eu un enfant du même âge que Léonie et qui a décidé qu'elle ne ferait aucun vaccin, c'est à ce moment-là que je suis allée lui chercher les articles sur internet. Elle m'avait même diffusé la vidéo du Professeur Joyeux ! Bon, au début je n'argumentais pas, car pour moi cela coulait de source que l'on devait se vacciner... Tu vois, ce n'était même pas quelque chose que l'on pouvait réfuter ! Puis cette histoire avec ma cousine m'a permis de vraiment m'intéresser au sujet et de commencer à creuser, notamment en posant des questions à mon ami infectiologue exerçant sur Tourcoing. Donc à partir de là, je me suis construite une vraie argumentation, qui me sert d'ailleurs pour mes patients. À l'époque, j'étais remplaçante donc forcément je m'impliquais un peu moins. Mais depuis que je suis installée, j'estime qu'il m'incombe totalement de répondre à cette question de la part de mes patients, et mes recherches me sont maintenant bien utiles.

CL : On en a déjà un peu parlé mais je te relance quand même : quelles sources d'informations utilises-tu pour toi-même concernant les vaccins ?

M8 : Alors pour moi, tout est sur infovac.com, donc c'est là que je m'informe régulièrement. En fait, j'ai pris les articles et j'en ai lu quelques uns, en association avec les études qu'ils citent. Bon, en diagonale pour la plupart, je l'avoue, faute de temps... Et puis, il faut admettre que j'ai un peu de mal avec les articles scientifiques, et de surcroît en anglais ! Je suis aussi abonnée aux revues « Prescrire » et « La Revue du Prat » donc quand ils abordent la vaccination, j'en profite.

CL : À quel point te fies-tu aux données scientifiques validées sur la vaccination ?

M8 : À 100% !

CL : C'est une réponse sans équivoque (rires) !

M8 : En effet. Si l'on commence à douter de cela, je crois que l'on peut raccrocher notre blouse...

CL : Il existe des médecins qui ne sont pas convaincus, donc ce n'est pas si évident...

M8 : Oui je sais... Et c'est bien dommage.

CL : En conclusion, comment évalues-tu l'implication des autorités politiques, sanitaires et scientifiques dans la transmission de l'information ?

M8 : Je suis un peu déçue. Il y a eu un débat sur la vaccination, mais je trouve qu'il n'a pas été mené comme il fallait, puisque le résultat était tout aussi mauvais que ce qu'il était au départ. Donc je me demande si l'on n'a pas raté notre coup... J'attendais beaucoup de ce débat il y a 6 mois, et en fait il ne s'est rien passé du tout ; donc on a été obligé de rendre les vaccins obligatoires. C'est un peu comme si on avouait notre échec...

CL : Et quelles améliorations proposerais-tu ?

M8 : Je pense qu'on pourrait refaire la vaccination à l'école, comme cela personne ne passe à côté. Le médecin généraliste ou le pédiatre ferait les premières vaccinations du nourrisson, puis la suite serait assurée par l'école. Cela permettrait de vraiment surveiller les enfants correctement. En effet, les enfants de 6 ans par exemple, on ne les voit pas souvent au cabinet s'ils sont en bonne forme. Il faut vraiment que les parents pensent à ramener le carnet de santé à chaque fois... Alors moi j'essaie de faire attention, mais de temps en temps, il y en a un ou deux qui passent à la trappe et on les rattrape à 7 ou 8 ans quand on les revoit derrière... Et puis lorsqu'il y a des ruptures de stock, c'est reparti pour un an et c'est vraiment la galère... Donc si l'on faisait tout à l'école, il y aurait des stocks à l'école, on ferait une vaccination en masse comme nous on avait pour la rubéole. Et franchement, ce serait beaucoup moins problématique !

CL : C'est très intéressant ! Et penses-tu que tu aurais besoin d'autres outils d'information ? Si oui, lesquels ?

M8 : Euh... Je ne sais pas trop...

CL : Cela dépend de ta pratique, si tu es plus à l'aise dans la communication orale, tu en as peut-être moins l'utilité...

M8 : Oui... Don non, actuellement non. Je n'ai pas besoin d'autres outils.

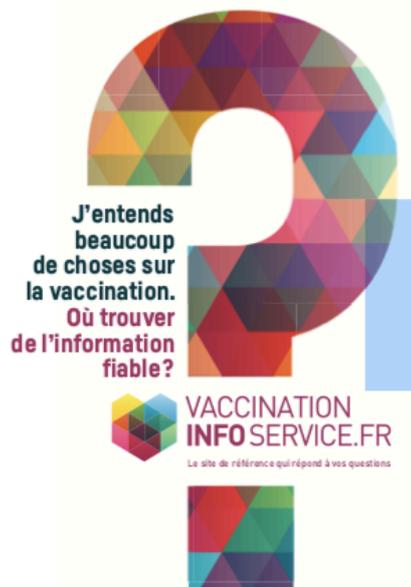
CL : Très bien. Sauf si tu souhaites rajouter quelque chose, c'est terminé !

M8 : Ok super. Rien à rajouter mais c'était très intéressant !

Annexe 6 : Kit d'information *Vaccination*, Santé Publique France



0100 - 0100 - 0100



PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT-ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT-ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépto-Gastro-Entérologie	SAINT-ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie-Obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT-ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT-ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Épidémiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT-ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophtalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/Biologie cellulaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT-ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie-Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON

28	BAULAC (surnombre)	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT-ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT-ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT-ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro-pédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT-ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
42	BOELLE	Pierre Yves	Biostatistiques	SAINT-ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
48	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
49	BRUCKERT	Éric	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON
52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastroentérologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
54	CAPRON (surnombre)	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neurochirurgie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
58	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/Info médicale	SAINT-ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
61	CAUMES	Éric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
65	CHASTRE (surnombre)	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
66	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINT-ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
69	CHIRAS (surnombre)	Jacques	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT-ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT-ANTOINE
75	COHEN	David	Pédopsychiatrie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
78	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/Réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/Réanimation	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
82	CORNU	Philippe	Neurochirurgie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
85	COSNES (surnombre)	Jacques	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT-ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/Cytologie pathologique	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Émile	Gynécologie-Obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG (surnombre)	Bertrand	Pneumologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINT-ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/Réanimation	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
95	DOMMERGUES	Marc	Gynécologie-Obstétrique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

96	DORMONT	Didier	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
97	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT-ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINT-ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
101	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
103	DUPONT DUFRESNE	Sophie	Anatomie/Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
105	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT-ANTOINE
106	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
109	FAIN	Olivier	Médecine interne	SAINT-ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
111	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
112	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT-ANTOINE
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT-ANTOINE
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
117	FLORENT	Christian	Hépto-Gastro-Entérologie	SAINT-ANTOINE
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie Adultes	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
123	FRANCES (surnombre)	Camille	Dermatologie	TENON
124	FUNCK- BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
125	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
126	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT-ANTOINE
128	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie	TENON

130	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
131	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
132	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
133	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER (surnombre)	Philippe	Radiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
135	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT-ANTOINE
137	HARTEMANN	Agnès	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
138	HAROCHE	Julien	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
139	HATEM	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
141	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT	Gérard	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
143	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
144	HERSON (surnombre)	Serge	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
145	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON
146	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
147	HOURY	Sydney	Chirurgie viscérale	TENON
148	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
152	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
153	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
154	JOUVENT	Roland	Psychiatrie Adultes	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
155	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
157	KAROUI	Medhi	Chirurgie digestive	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
158	KAS	Aurélié	Biophysique/Médecine Nucléaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
160	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
162	KOMAJDA (surnombre)	Michel	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

164	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hémato-Oncologie pédiatrique	TROUSSEAU
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
174	LE GUERN	Éric	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
175	LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
176	LEBLOND	Véronique	Clinique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine nucléaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
178	LEFEVRE	Jérémie	Chirurgie générale	SAINT-ANTOINE
179	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT-ANTOINE
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER	Guy	Hémato-Oncologie pédiatrique	TROUSSEAU
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
194	MARIANI (surnombre)	Jean	Bio. cellulaire/Médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT-ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT-ANTOINE
197	MAURY	Éric	Réanimation médicale	SAINT-ANTOINE

198	MAZERON (surnombre)	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
199	MAZIER (surnombre)	Dominique	Parasitologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT-ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT-ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie Adultes	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine Nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie-Obstétrique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
216	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT-ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
219	PATERON	Dominique	Thérapeutique/Urgences	SAINT-ANTOINE
220	PAUTAS	Éric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT-ANTOINE
222	PERETTI	Charles	Psychiatrie Adultes	SAINT-ANTOINE
223	PERIE	Sophie	O.R.L.	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
229	POYNARD (surnombre)	Thierry	Hépto-Gastro-Entérologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
230	PRADAT	Pascale	Rééducation fonctionnelle	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
231	PUYBASSET	Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

232	RATIU	Vlad	Hépto-Gastro-Entérologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
233	RAUX	Mathieu	Anesthésiologie/Réanimation	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
234	RAY	Patrick	Réanimation/Médecine d'Urgence	TENON
235	REDHEUIL	Alban	Radiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
236	RIOU	Bruno	Urgences médico-chirurgicales	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
237	ROBAIN	Gilberte	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT	Jérôme	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
239	RODRIGUEZ	Diana	Neuro-pédiatrie	TROUSSEAU
240	RONCO	Pierre Marie	Néphrologie/Dialyse	TENON
241	RONDEAU	Eric	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	Hépto-Gastro-Entérologie	SAINT-ANTOINE
243	ROUGER	Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET	Morgan	Urologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
245	ROZE	Emmanuel	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
246	SAHEL	José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	SAMSON	Yves	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
248	SANSON	Marc	Histologie/Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
249	SARI ALI	El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
250	SAUTET	Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT-ANTOINE
251	SCATTON	Olivier	Chirurgie hépatobiliaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
252	SEILHEAN	Danielle	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
253	SEKSIK	Philippe	Hépto-Gastro-Entérologie	SAINT-ANTOINE
254	SELLAM	Jérémy	Rhumatologie	SAINT-ANTOINE
255	SEZEUR	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI	Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI	Thomas	Pneumologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
258	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT-ANTOINE
259	SOKOL	Harry	Gastroentérologie	SAINT-ANTOINE
260	SOUBRIER	Florent	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
261	SPANO	Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
262	STANKOFF	Bruno	Neurologie	SAINT-ANTOINE
263	STEICHEN	Olivier	Urgences médico-chirurgicales	TENON
264	STERKERS	Olivier	O.R.L.	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
265	STRAUS	Christian	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

266	SVRCEK	Magali	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
267	TALBOT	Jean-Noël	Médecine Nucléaire	TENON
268	TANKERE	Frédéric	O.R.L.	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
269	THABUT	Dominique	Hépatogastro-entérologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
270	THOMAS (surnombre)	Guy	Médecine légale/Psy Adultes	SAINT-ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	Radiologie	TENON
272	THOUMIE	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET (surnombre)	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT-ANTOINE
274	TOUBOUL	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	TOUNIAN	Patrick	Gastroentérologie/Nutrition	TROUSSEAU
276	TOURAINÉ	Philippe	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
277	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET	Christophe	Chirurgie générale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
279	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINT-ANTOINE
280	TUBACH	Florence	Biostatistiques/Info médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
281	ULINSKI	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	UZAN	Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
283	VAILLANT	Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
284	VERNY	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
285	VIALLE	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET	Marie José	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
287	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
288	WALTI	Hervé	Pédiatrie/Néonatalogie	TROUSSEAU
289	WENDUM	Dominique	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
290	WISLEZ	Marie	Pneumologie	TENON

MÉDECINE GÉNÉRALE

MAGNIER	Anne Marie
CORNET (surnombre)	Philippe

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

1	ALLENBACH (stagiaire)	Yves	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
2	AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3	ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
4	ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5	AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
6	BACHET	Jean-Baptiste	Hépatogastro-entérologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
7	BACHY (stagiaire)	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8	BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT-ANTOINE
9	BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
10	BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelles	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
11	BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
12	BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
13	BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
14	BIELLE (stagiaire)	Franck	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
15	BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT-ANTOINE
16	BIOUR	Michel	Pharmacologie	SAINT-ANTOINE
17	BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18	BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19	BOUHERAOUA (stagiaire)	Nacim	Ophthalmologie	15/20
20	BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21	BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
22	BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
23	BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT (stagiaire)	Eolia	Hématologie clinique	SAINT-ANTOINE
25	BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26	BURREL	Sonia	Virologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
27	CANLORBE (stagiaire)	Geoffroy	Chirurgie/Gynécologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
28	CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT-ANTOINE
29	CHAPIRO	Élise	Hématologie biologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
30	CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU

31	CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
32	CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
33	COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34	CONTI -MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
35	COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
36	COULET	Florence	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
37	COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
38	DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
39	DECRE	Dominique	Bactériologie/Virologie	SAINT-ANTOINE
40	DEGOS	Vincent	Anesthésiologie/Réanimation	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
41	DUPONT (stagiaire)	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42	ECKERT (stagiaire)	Catherine	Virologie	SAINT-ANTOINE
43	ERRERA	Marie-Hélène	Ophtalmologie	CHNO 15/20
44	ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45	FAJAC-CALVET	Anne	Histologie/Embryologie	TENON
46	FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
47	FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT-ANTOINE
48	FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgence	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
49	GANDJBAKHCH (stagiaire)	Estelle	Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
50	GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT-ANTOINE
51	GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52	GAY	Frederick	Parasitologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
53	GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie/Virologie	SAINT-ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Médecine Nucléaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
62	HYON	Capucine	Histologie/Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU

65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT-ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT-ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT-ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Médecine Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies infectieuses	SAINT-ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT-ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT (stagiaire)	Sidonie	Bactériologie	SAINT-ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/Informatique médicale	SAINT-ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT-ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
83	LUSSEY-LEPOUTRE (stagiaire)	Charlotte	Biophysique/Médecine Nucléaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Médecine Nucléaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT-ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie/Virologie	SAINT-ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT-ANTOINE
91	NAVA (stagiaire)	Caroline	Génétique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
92	NGUYEN (stagiaire)	Yann	O.R.L.	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIÉ SALPÊTRIÈRE

99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
100	RENARD-PENNA (stagiaire)	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL (stagiaire)	Damien	Hématologie clinique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
102	ROSENBAUM (stagiaire)	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
103	ROSENHEIM	Michel	Épidémiologie/Santé publique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro-vasculaires	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
108	SCHMIDT (stagiaire)	Mathieu	Réanimation médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie/Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrique	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON
116	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie/Virologie	SAINT-ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Biostatistiques/Informatique médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
118	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
119	TISSIER-RIBLE	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
120	TOUITOU	Valérie	Ophthalmologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
121	TOURRET	Jérôme	Néphrologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
122	VATIER	Camille	Biologie cellulaire	SAINT-ANTOINE
123	VAYLET	Claire	Biophysique/Médecine Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
125	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER (stagiaire)	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIÉ SALPÊTRIÈRE
127	YORDANOV (stagiaire)	Youri	Thérapeutique/Médecine d'Urgence	TENON

MÉDECINE GÉNÉRALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

RÉSUMÉ

Introduction : L'extension à onze vaccins obligatoires impacte la pratique des médecins généralistes (MG), qui demeurent les principaux exécutants des politiques vaccinales.

Objectif : Décrire les stratégies des MG pour informer leurs patients sur les obligations vaccinales en vigueur depuis le 1^{er} Janvier 2018.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec approche par théorisation ancrée. La population d'étude comprenait 15 MG de profils différents, recrutés par un échantillonnage raisonné à variation maximale. La retranscription et l'analyse thématique par comparaison constante ont été faites à l'aide du logiciel NVivo12®.

Résultats : La modélisation a montré que la communication du MG s'avérait largement influencée par son opinion, elle-même déterminée par de multiples facteurs : formation scientifique, rôle de l'État, expérience personnelle, éthique de la profession médicale, gestion de l'incertitude et sensibilité éventuelle au contre-transfert. Les stratégies d'information identifiées étaient : l'approche centrée-patient, les arguments d'autorité, les arguments de conviction et l'utilisation de supports. Celles-ci s'intriquaient étroitement avec le dilemme du rapport aux obligations légales, la désinformation de la population et l'adaptation aux différents profils de patients, en particulier le vécu de la défiance.

Conclusion : Les stratégies d'information des MG sont apparues principalement influencées par le socle scientifique et l'aspect émotionnel, parfois difficiles à concilier. Deux perspectives ont émergé de notre étude : mieux former les MG à la communication en santé et sensibiliser la population à l'interprétation critique des informations.

Mots-clés : Vaccination, Communication en médecine, Relations médecin-patient, Décision médicale informée, Médecine-Prise de décision, Recherche qualitative, Médecine générale