

Perceptions, connaissances et pratiques de la vaccination par les sages-femmes libérales des Pays de la Loire



Mémoire présenté et soutenu par :

BAGOT Julie

Née le 02 Octobre 1994

Directeur de mémoire : Dr Valérie Briend-Godet

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite tout particulièrement remercier le Dr Valérie Briend-Godet pour son implication, sa disponibilité, sa gentillesse et ses précieux conseils. Elle m'a permis de trouver des solutions et d'avancer dans ce travail important tout au long de l'année passée.

Je remercie également le Dr Julie Couterut pour ses explications claires et utiles dans la réalisation des statistiques de ce mémoire.

A Madame Rozenn Collin, enseignante sage-femme à l'école de Nantes, pour ses conseils et ses corrections apportées.

A ma famille, et particulièrement mes parents et ma sœur pour m'avoir supporté dans ces moments de stress, et pour m'avoir toujours encouragé.

A mes amies, notamment Carmine, Claire, Gwendoline et Nancy, pour m'avoir permis de garder mon sourire tout au long de ces années.

A toutes les étudiantes de ma promotion pour ces années de folies.

Encore une fois, un grand Merci !

Table des matières

Introduction	1
A. Approche théorique et données générales sur la vaccination	2
I. Histoire de la vaccination	3
II. Principe de la vaccination	5
a. Immunologie	5
b. Les différents types de vaccins et leurs constituants	7
III. Politique vaccinale en France	9
a. Définition et élaboration de la politique vaccinale	9
b. Histoire et évolution de la politique vaccinale en France	10
c. Place de la sage-femme dans la vaccination	12
IV. Recommandations vaccinales.....	13
a. Vaccinations recommandées autour de la grossesse	13
b. Vaccinations recommandées pendant la grossesse	16
c. Vaccination spécifique de la jeune fille : le vaccin contre le papillomavirus	17
V. Retour sur les polémiques qui sèment le doute	18
a. Premières controverses	18
b. Vaccin BCG	19
c. Sclérose en plaque et vaccin contre l'hépatite B	19
d. L'autisme et le vaccin ROR	21
e. La grippe A (H ₁ N ₁) : retour sur cet épisode	21
f. Vaccin contre les HPV : le vaccin de trop ?	22
B. Etude : méthode et résultats	23
I. Matériel et méthode	24
a. Type d'enquête	24
b. Population étudiée	24
c. Recueil des données	24
d. Outil utilisé	25
e. Méthode d'analyse	25
II. Résultats	25
a. Données sociodémographiques des sages-femmes	26

b.	Statut vaccinal des sages-femmes et de leurs enfants	28
c.	Formation des sages-femmes libérales à la vaccination	28
d.	Les sages-femmes libérales et la vaccination	29
e.	Vaccination contre la coqueluche	34
f.	Vaccination contre la rubéole, la rougeole et les oreillons	37
g.	Vaccination contre la varicelle	40
h.	Vaccination contre la grippe	43
i.	Vaccination contre les HPV	46
j.	Vaccination contre l'hépatite B	50
C.	Interprétation des résultats et discussion	52
I.	Biais de l'étude	53
II.	Formation et vaccination globale	53
III.	Vaccination coqueluche	55
IV.	Vaccination ROR	55
V.	Vaccination Varicelle	56
VI.	Vaccination Grippe	57
VII.	Vaccination HPV	57
VIII.	Vaccination Hépatite B	58
IX.	Résumé et pistes d'amélioration	59
	Conclusion	62

Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

HPV : Human PapillomaVirus

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

SEP : Sclérose en Plaque

ANSM : Agence nationale de Sécurité des Médicaments et autres produits de santé

AM : Assurance Maladie

SFL : Sage-Femme Libérale

MT : Médecin Traitant

FCU : Frotti Cervico-Utérin

Introduction

« Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les vaccinations sauvent la vie de 2 millions de personnes chaque année dans le monde. Des campagnes internationales ont permis l'éradication de la variole, une baisse de 99% des cas de poliomyélite entre 1988 et 2003, une baisse de 40% des cas de rougeole entre 1999 et 2003. En France, grâce au vaccin, l'incidence des oreillons est passée de 859 à 9 cas pour 100 000 habitants entre 1986 et 2013 » (1). La vaccination est bénéfique à la fois sur le plan personnel, mais également sur le plan collectif. Elle présente donc un intérêt pour la santé publique, mais aussi économique.

Cependant, force est de constater que malgré les bénéfices incontestable que la vaccination a pu apporter, les maladies continuent de sévir avec parfois des épidémies importantes qui réapparaissent. Ces recrudescences peuvent être expliquées par une diminution de la couverture vaccinale, que l'on peut imputer à la méfiance face à la vaccination, et à l'oubli du potentiel danger des maladies. Ainsi, en 2010, seulement 61% des Français avaient une opinion favorable au sujet des vaccins, contre 90% cinq ans plus tôt. Néanmoins, on peut voir que la confiance regagne du terrain avec 79% d'opinion favorable en 2014 (1).

Du fait du nombre de consultation médicale plus importante, la période autour de la grossesse est un moment clé pour faire le point sur le statut vaccinal de la femme, afin de s'assurer d'une protection adéquate pour elle-même et son enfant à naître. Autorisée à prescrire et administrer des vaccins, la sage-femme semble être un acteur important dans la politique vaccinale, notamment en périnatalité.

En conséquence, il nous a semblé essentiel de s'intéresser au positionnement de la sage-femme dans cette situation de suspicion. En effet, il est possible qu'une vision négative de la vaccination par les professions médicales entraîne de mauvaises informations, et une méfiance du grand public. Dans le cadre de notre enquête, nous avons pu interroger les sages-femmes des Pays de la Loire autour de leurs perceptions, des feins potentiels, de leurs connaissances ainsi que de leurs pratiques concernant la vaccination.

Première partie

Approche théorique
et données générales
sur la vaccination

I. Histoire de la vaccination

L'histoire de la vaccination remonte à l'antiquité.

En Chine et au Moyen-Orient, on observe empiriquement que les personnes ayant survécu à la contamination par la variole ne retombent pas malade. S'en suit alors l'inoculation d'une variole bénigne (par contact avec les croutes varioleuses, ou encore par le pus) afin de se prémunir contre une forme plus grave de la variole.

Cependant, il faudra attendre 1796 avant qu'une méthode efficace contre la variole soit instaurée. Cette dernière fut apportée par le médecin anglais Edward Jenner qui constata que les personnes ayant contracté la vaccine (= variole de la vache – *vacca* signifiant vache en latin) n'étaient pas atteintes par la variole. Il décida alors d'inoculer à un enfant de 8 ans du pus prélevé sur une femme ayant contracté la vaccine. Quelques mois plus tard, il administra la variole à cet enfant, qui se révéla immunisé. Cependant, cette méthode n'étant que provisoire, il fallait se mettre régulièrement en contact avec la vaccine afin d'avoir une immunité pérenne. Plus tard, cette méthode fut utilisée par atténuation de la souche humaine.

En Europe, cette méthode connut un succès important, avec l'organisation des premières campagnes de variolisation.

Il faudra cependant attendre encore un siècle, avant que le docteur en sciences Louis Pasteur n'étudie le rôle des microbes dans la survenue des maladies infectieuses. C'est en travaillant sur la bactérie du choléra des poules que Louis Pasteur parviendra à créer une bactérie atténuée artificiellement, en 1879.

En l'honneur d'Edward Jenner, il introduira alors le terme de vaccin et il énoncera le principe même de la vaccination : "des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle"

En 1885, Louis Pasteur va réussir à créer le premier vaccin humain à virulence atténuée, après avoir isolé et inactivé la souche de l'agent contagieux de la rage, à partir de broyat de cerveau de lapins décédés de cette pathologie.

Pasteur va alors fonder une école de pensée scientifique et former de nombreux chercheurs dans différents domaines (immunologie, génétique, infectiologie ...).

Les pastoriens vont continuer son œuvre au fil des décennies, avec la découverte des vaccins contre la tuberculose (1921), la diphtérie et la coqueluche (1923), le tétanos (1927), la fièvre jaune (1937), la grippe (1944), et la poliomyélite (1954-1957).

Des campagnes de vaccinations sont lancées dans de nombreux pays, certains imposant une politique de vaccination systématique.

En 1958, l'OMS instaure une vaccination de toute la population mondiale contre la variole. Elle en annonce l'éradication mondiale en 1980.

En parallèle, la découverte des mécanismes de l'immunité, ainsi que l'amélioration des techniques d'études a permis de mieux appréhender le principe de vaccination, et d'en améliorer sa réalisation (2).

Les découvertes continuent de se succéder avec la mise au point de vaccin contre la rougeole (1963), les oreillons (1966), la rubéole et les infections à méningocoque (1969), la varicelle (1973), l'hépatite B (1976-1980), les infections à pneumocoque (1983), les méningites bactériennes (1985), l'hépatite A (1992) puis les infections à papillomavirus et à rotavirus (2006-2007).

Toutes ces avancées ont permis de créer un nouveau concept : la vaccinologie. Ce terme apparaît pour la première fois en 1977, dans un article du journal américain *Science*, rédigé par Jonas Salk, le chercheur ayant mis au point le premier vaccin contre la poliomyélite. Avec Charles Merieux, il définira ce néologisme ainsi : "La vaccinologie ne consiste pas uniquement à inventer de nouveaux vaccins. Elle doit prendre en compte tous les aspects biologiques, épidémiologiques, socio-économiques, logistiques, éducatifs, éthiques et médiatiques qui concourent à l'amélioration de la protection vaccinale de toutes les populations humaines".

Bien que le terme "vaccinologie" soit aujourd'hui utilisé couramment, il est important de noter que ce terme n'est toujours pas inscrit dans le dictionnaire (3).

II. Principe de la vaccination

a) Immunologie

L'immunologie est une branche de la biologie qui s'attache à étudier le système immunitaire, c'est-à-dire l'ensemble des tissus, cellules et molécules réparties dans l'organisme ayant pour fonction majeure la défense et la protection de l'hôte contre les agents infectieux.

La fonction physiologique du système immunitaire est donc de prévenir et d'éradiquer les infections. Afin d'y parvenir, deux types de réponses vont avoir lieu dans le corps de l'hôte : il s'agit de l'immunité innée ou naturelle ainsi que de l'immunité acquise ou adaptative. Ces réponses sont complémentaires et ont chacune un rôle bien précis.

Immunité	Innée	Acquise
Défense	Première intention	Deuxième intention
Spécificité	Générale	Très spécifique
Amélioration par exposition	Non	Oui
Mémoire immunologique	Non	Oui
Cellules actrices	Phagocytes, cellules NK	Lymphocytes B et T

Figure 2 : Comparaisons des deux systèmes composants l'immunité

Source : « bases d'immunologie » - M. Baillet – Bechet, Master Epidémiologie, Université Yaoundé

L'immunité innée correspond à la réponse non spécifique de l'organisme face à une agression. C'est la première ligne de défense de l'organisme. Pour cela, elle utilise :

- Des barrières qui peuvent être mécanique (mouvement ciliaire), chimique (pH acide) ou microbiologique (flore commensale)
- L'inflammation
- La phagocytose : destruction du corps étranger par les macrophages, les neutrophiles et les cellules NK (natural killer)
- Le système du Complément : groupe de protéines, principalement par les hépatocytes, dans les monocytes et les macrophages, les cellules épithéliales du tube digestif et de l'appareil génito-urinaire et les fibroblastes, qui permettent de compléter l'activité lytique des anticorps sur les bactéries (4).

Cependant, ce système n'étant pas spécifique, il peut être insuffisant pour des infections persistantes.

L'immunité acquise correspond à la réponse spécifique de l'organisme face à une agression. Elle fait intervenir des cellules spécialisées : les lymphocytes. On peut les différencier en deux catégories :

- Les lymphocytes B (LB) qui correspondent à l'immunité humorale : ces cellules sont spécialisées dans la production d'immunoglobulines (IgG, IgM et IgA), qui sont alors capables de reconnaître directement les antigènes en s'y fixant, et de détruire le pathogène par lyse cellulaire. Elles vont finalement permettre de bloquer les infections et d'éliminer les microbes extracellulaires.
- Les lymphocytes T (LT) correspondent à l'immunité cellulaire. Ils se différencient en :
 1. LT cytotoxiques (CD8) capables de tuer les cellules infectées par des pathogènes intracellulaires cytoplasmique (virus), et ainsi d'éliminer les réservoirs de l'infection ;
 2. LT helper (CD4) qui activent les macrophages, afin de tuer les pathogènes intracellulaires vésiculaires phagocytés, ainsi que les LB qui se différencient en plasmocytes.

Il existe également des lymphocytes T et B dits " mémoire " : ceux-ci sont capables de garder en souvenir la présence d'un pathogène et si cet agent infectieux infecte à nouveau l'hôte, ces lymphocytes se réactivent rapidement et la réponse immunitaire produite est alors beaucoup plus rapide (5).

La vaccination se base sur cette propriété du système immunitaire pour être efficace.

Ainsi, lors de l'administration d'un vaccin, le pathogène atténué ou inactivé, encore inconnu, va être capté par les cellules présentatrices d'antigène de l'immunité innée : les monocytes, les macrophages ou les cellules dendritiques.

Ces cellules vont ensuite migrer vers les ganglions lymphatiques, afin de présenter l'antigène aux lymphocytes T helper. Ces derniers vont alors activer les lymphocytes T cytotoxiques tueurs ainsi que les lymphocytes B qui vont produire des anticorps de type immunoglobuline (G, M et A)

Quelques lymphocytes T se seront différenciés en lymphocytes mémoires (immunité humorale), et les lymphocytes B produiront les anticorps qui resteront présents dans le corps de l'hôte plusieurs années (immunité cellulaire), permettant d'éliminer un pathogène s'il se présente.

Ainsi, la vaccination permet de créer des anticorps spécifiques dirigés contre le pathogène souhaité, sans que l'hôte ne développe les symptômes ou les complications que la maladie en question pourrait lui induire. Cette réponse dite primaire lors du premier contact est lente. Cependant, en cas de nouveau contact avec le pathogène, la réponse secondaire qui s'en suivra sera beaucoup plus rapide et plus intense que lors de la primo-infection, grâce à la présence des Immunoglobulines et/ou de l'activation de lymphocytes mémoires (6).

b) Les différents types de vaccins et leurs constituants

Un vaccin se doit d'être antigénique, mais non infectant, c'est-à-dire qu'il doit être capable d'entraîner la production d'anticorps en quantité suffisante pour protéger l'organisme de la maladie, mais ne doit pas pour autant provoquer la maladie.

o PRINCIPE ACTIF

Le composant de base d'un vaccin est l'agent infectieux (virus ou bactérie). Selon le type de vaccin, celui-ci va varier. Ainsi, on peut avoir :

- Des agents pathogènes (bactérie ou virus) vivants à virulence atténuée par leur mise en culture successive permettant la sélection de mutants non pathogènes.

Ce type de vaccin va induire une véritable infection de l'organisme, mais celle-ci sera asymptomatique ou paucisymptomatique. Une réponse immunitaire presque identique à l'infection par la souche microbienne sauvage, va alors se mettre en place. Elle sera rapide, puissante et prolongée : l'immunité spécifique sera induite de façon définitive dès la première voire la deuxième injection.

Cependant, même atténué il peut être responsable de la maladie similaire à l'état sauvage notamment chez les personnes immunodéprimées ...

Ce procédé est utilisé dans les vaccins contre : la tuberculose, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle/zona, la fièvre jaune, la poliomyélite (par voie orale) et les rotavirus.

- Des pathogènes inactivés, qui peuvent être :
 1. Des pathogènes entiers : ils sont inactivés par des procédés chimiques ou physiques (chaleur, rayons UV, formol ...). Ces organismes sont inaptes à proliférer, ils sont donc totalement inoffensifs mais restent capables de susciter une réponse immunitaire par la présence de leurs composants antigéniques.
 2. Des sous-unités de microbes : polysaccharides, antigènes capsulaires ou membranaires, anatoxines ... Ceux-ci induisent une stimulation plus ciblée de l'immunité, avec une meilleure tolérance que les vaccins inactivés entiers.
 3. Du génie génétique : l'antigène est produit à partir du gène du microbe que l'on fait s'exprimer dans des cellules en culture (7).

Pour certains vaccins polysaccharidiques, la seule présence de l'antigène infectieux ne permet pas de produire une réaction immunitaire suffisante. On les couple donc à une protéine vectrice (toxine tétanique ou toxine diphtérique) qui va accentuer les effets attendus : on parle alors de vaccins conjugués. C'est le cas de certains vaccins contre l'*haemophilus influenzae b*, le pneumocoque et le méningocoque.

o ADJUVANTS

Les adjuvants (du latin adjuvare qui signifie aider) sont des substances qui stimulent ou renforcent le système immunitaire lorsqu'ils sont administrés conjointement avec un antigène. Les adjuvants les plus utilisés aujourd'hui sont les sels d'aluminium, mais il existe également des virosources, des squalènes ...

Les vaccins utilisant des pathogènes entiers inactivés ou des sous-unités microbiennes entraînent une réponse immunitaire incomplète avec une réponse cellulaire moindre et de plus courte durée. Il est donc essentiel de leur associer des adjuvants afin de potentialiser l'effet du vaccin. De plus, il est nécessaire de réaliser une primo-vaccination en deux ou trois injections, puis de pratiquer des rappels réguliers afin d'obtenir une protection aussi efficace que les vaccins vivants atténués.

○ EXCIPIENTS

Les excipients sont des substances inactives associées à la composition du vaccin pour le diluer, faciliter son administration, le conserver. Il s'agit de solutions contenant de l'eau stérile, un liquide salin, ou encore un liquide protéinique (8).

○ PRODUITS UTILISÉ POUR LA FABRICATION

Durant la fabrication, les laboratoires utilisent des produits, notamment afin d'assurer la sécurité de production. Ces produits sont ensuite éliminés, mais on peut cependant retrouver des traces de ces ingrédients, en quantité infime. Ceux-ci peuvent être (9) :

- Des antibiotiques : ils permettent de prévenir la croissance des bactéries au cours de la production
- Des antiseptiques
- Du formaldéhyde : il permet d'inactiver les virus et/ou bactéries pour la production des vaccins inactivés
- Des solvants

III. Politique vaccinale en France

a) Définition et élaboration de la politique vaccinale

La politique vaccinale en France est menée par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Elle a pour but de définir la meilleure utilisation possible des vaccins afin de protéger la population, et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour y parvenir. Cette politique s'inscrit dans la lutte contre les maladies infectieuses et doit s'adapter à l'évolution de leur épidémiologie.

Elle doit aussi tenir compte :

- Des connaissances médicales et scientifiques ;
- Des recommandations internationales (notamment celles de l'OMS) ;
- Des progrès technologiques en matière de vaccin ;
- De l'organisation du système de santé ;
- De l'évolution sociale qui tend vers une exigence croissante de l'information (10).

Pour que cette politique vaccinale soit instaurée, elle se fonde principalement sur les avis et propositions élaborés via la Commission Technique de Vaccination (CTV) de la HAS créée le 22 mars 2017 (article 4 de la loi n°2017-220 du 23 février 2017). Elle prend la suite du Comité Technique de Vaccination du Haut Conseil de la Santé Publique.

Cette commission est composée de membres représentant des professionnels de santé, des sciences économiques, humaines et sociales, des représentants des usagers et des agences sanitaires.

Elle a pour mission de préparer les délibérations du collège relatives notamment :

- aux recommandations vaccinales, y compris en urgence (= saisine) à la demande du ministre chargé de la santé (article L. 161-37 du CSS) ;
- au calendrier vaccinal arrêté par le ministre chargé de la santé (article L. 3111-1 du CSP) ;
- aux mentions minimales obligatoires des campagnes publicitaires portant sur des vaccins (articles L. 5122-6 et L. 5122-9 du CSP).

La CTV collabore également à la préparation des avis de la commission de la transparence et la commission évaluation économique et de santé publique portant sur des vaccins.

Elle propose au collège les outils méthodologiques nécessaires à l'exercice de ses missions en matière de vaccination (11).

b) Histoire et évolution de la politique vaccinale en France

Certaines vaccinations ont été rendues obligatoires en France à une époque où l'incidence de ces maladies était encore élevée et où le niveau sanitaire général de la population nécessitait de telles mesures :

- en 1902 contre la variole
- en 1938 contre la diphtérie
- en 1940 contre le tétanos
- en 1950 contre la tuberculose par le BCG
- en 1964 contre la poliomyélite.

L'obligation de vaccination antivariolique a été levée en 1979, puis en 1984 pour les professionnels de santé et celle de la vaccination par le BCG des enfants et adolescents avant leur entrée en collectivité a été suspendue par le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants exposés (12).

Ainsi, actuellement, selon les articles L3111-2 et L3111-3 du Code de la Santé Publique (CSP), les vaccinations antidiphthérique, antitétanique et antipolyomyélique sont obligatoires, sauf contre indication médicale reconnue.

Depuis 1970, tous les nouveaux vaccins introduits dans le calendrier vaccinal n'ont pas été rendus obligatoires mais ont été recommandés. Il s'agissait de promouvoir une conception de la santé basée non plus sur l'obligation, mais sur la responsabilité individuelle. Ainsi, les vaccins recommandés sont tout aussi importants que les vaccins obligatoires, ils sont simplement plus récents.

Néanmoins, si la France a des taux de couverture vaccinale importants pour les vaccins obligatoires, ils sont en revanche très insuffisants pour beaucoup de vaccins recommandés. Cette couverture vaccinale insuffisante, à l'origine d'épidémie, a conduit à la réémergence de certaines maladies et engendré des hospitalisations et des décès évitables. Ces maladies transmissibles sont, en outre, particulièrement dangereuses pour les enfants et les personnes les plus fragiles.

C'est donc pour endiguer ce phénomène, qu'Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, a proposé au Parlement de rendre obligatoires 8 vaccins supplémentaires jusqu'alors recommandés dans la petite enfance, en complément des 3 vaccins actuellement obligatoires. (13)

Les professionnels de santé, et donc les sages-femmes, ont quand à eux des recommandations particulières [Annexe I].

Ainsi, l'article L3111-4 du CSP stipule que : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins (...) exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination

doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe ». Un décret a suspendu l'obligation vaccinale contre la grippe suite à l'avis du HCSP (14).

c) Place de la sage-femme dans la vaccination

Les compétences des sages-femmes en matière de vaccination ont très largement évoluées.

En effet, en août 2004, un texte (loi n°2004-806 – article 103) autorise les sages-femmes à prescrire et pratiquer la vaccination des femmes et des nouveau-nés. La liste autorisée est fixée par l'arrêté du 22 mars 2005, et est consolidée par celui du 15 janvier 2011, s'appuyant sur les articles L.4151-1 et L4151-2 du code de la santé publique.

Ainsi, en 2011, la liste des vaccins que la sage femme est autorisée à prescrire est :

A la femme : la rubéole, les oreillons, la rougeole, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, la grippe, le papillomavirus humain et le méningocoque C.

Au nouveau-né : Vaccination par le BCG et Vaccination contre l'hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs.

Puis, en 2016, la sage-femme voit son champs de compétence élargit. En effet, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 lui permet de "prescrire et pratiquer, en vue de protéger l'enfant pendant la période postnatale, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret."

Ainsi, le décret du 2 juin 2016 précise que : " La sage-femme peut prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage, dès la grossesse de la mère et pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement, conformément au calendrier des vaccinations [...]. L'entourage comprend les personnes vivant dans le même domicile que l'enfant ou fréquentant régulièrement ce domicile, ou étant chargées de sa garde régulière en ce lieu." (15)

Ainsi, la sage-femme joue un rôle clé dans la prévention vaccinale auprès de la mère, de l'enfant, mais aussi de l'entourage de ceux-ci.

Il est important de noter que la sage-femme a désormais un rôle dans le suivi gynécologique et contraceptif des femmes, depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (16). En conséquence, elles ont également un rôle à jouer dans la prévention vaccinale chez toutes les femmes en âge de procréer.

IV. Recommandations vaccinale

a) Vaccinations recommandées autour de la grossesse

Lorsque l'on parle de patientes enceintes, il est essentiel de se questionner sur l'innocuité de la vaccination sur le fœtus.

A noter que seul un petit nombre de femmes consultent avant de débiter leur grossesse. Il n'est donc pas rare de recevoir une patiente enceinte, non à jour de ses vaccinations. Il est alors important de connaître les vaccins qui sont :

- sans danger et recommandés : grippe en systématique, tétanos et rage si exposition ...
- à ne prescrire qu'en cas d'exposition : ex : vaccin inactivé VHB, fièvre jaune
- strictement contre-indiqués : ex : ROR, varicelle, tuberculose
- sans indication (car manque de données) : ex : papillomavirus

Lorsqu'une patiente consulte avec un projet de grossesse, il est impératif de consulter son carnet de santé ou carnet de vaccination afin de vérifier son statut vaccinal et de l'actualiser en anticipant les vaccins qui ne pourront être fait ensuite à cause de la grossesse.

Santé Publique France réactualise régulièrement ses recommandations, afin d'avoir le meilleur rapport bénéfice/risque possible. Les dernières de 2017 sont les suivantes :

○ VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE, LES OREILLONS ET LA RUBEOLE (ROR)

Contracter l'une de ces pathologies pendant la grossesse peut entraîner des infections graves (pneumonies rougeoleuses), des fausses couches (oreillons et rubéole), des encéphalites ainsi que des complications, principalement neurologique, chez l'enfant (panencéphalite sclérosante subaiguë de la rougeole, cécité, surdité et retard mental de la rubéole).

Entre le 1^{er} janvier et le 31 Juillet 2017, 405 cas de rougeole ont été déclarés : 168 cas ont dû être hospitalisés, 39 cas étaient très sévères (pneumopathie grave ou encéphalite) et une jeune femme de 16 ans est décédée (17).

D'après le calendrier vaccinal, toute personne née après 1980 doit avoir reçu deux doses de vaccin ROR. Si ce n'est pas le cas, il est recommandé de réaliser la ou les injection(s) manquante(s). Si la patiente a réalisé ses deux injections, mais que sa sérologie reste négative, il n'est pas recommandé d'augmenter le nombre d'injection.

A noter que si l'on réalise cette vaccination, il convient d'éviter toute grossesse au moment de l'injection, et dans le mois qui suit, puisqu'il s'agit d'un vaccin vivant atténué.

Cette vaccination est donc contre-indiquée pendant la grossesse. Cependant, si par mégarde la vaccination est réalisée chez une femme enceinte, cet acte ne justifie pas une interruption médicale de grossesse, au vu des données rassurantes publiées par le CRAT (18).

La vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole peut être utilisée chez une femme allaitante. (18)

Chez l'enfant, le calendrier vaccinal recommande une première injection à 12 mois, puis la deuxième entre 16 et 18 mois.

○ VACCIN CONTRE LA COQUELUCHE

La coqueluche est l'une des premières causes de décès par infection bactérienne communautaire chez le nourrisson entre 10 jours et 2 mois (19). En France, la surveillance épidémiologique de la coqueluche est assurée par un réseau de services hospitaliers pédiatriques volontaires, Renacoq, qui fonctionne auprès de 42 établissements depuis 1996. Une étude montre que dans plus de 50% des cas, c'est l'un des parents qui est à l'origine de la contamination [Annexe II].

Il est donc recommandé de vacciner toute personne susceptible d'être en contact étroit et durable avec le futur nourrisson au cours de ses 6 premiers mois (parents, fratrie, grands-parents, nourrice, baby-sitter ...). On l'appelle la stratégie de cocooning.

Le vaccin contre la coqueluche est au minimum combiné au vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite voire contre l'*Haemophilus influenzae* b et l'hépatite B

La vaccination des nourrissons comporte deux injections à deux mois d'intervalle, à l'âge de 2 et 4 mois, suivies d'un rappel à l'âge de 11 mois. Un rappel coquelucheux est recommandé à l'âge de 6-7 ans, puis entre 11 et 13 ans, et à 25 ans.

Les personnes âgées de plus de 25 ans en contact étroit et répété avec des nourrissons âgés de moins de 6 mois, recevront une dose de rappel si la vaccination coquelucheuse antérieure remonte à 10 ans ou plus

Dans tous les cas, un délai minimum d'un mois doit être respecté par rapport à la dernière injection du vaccin dTPolio.

A noter que dans de nombreux pays (USA, Grand-Bretagne, Belgique, Australie, Argentine...), la vaccination contre la coqueluche est recommandée en fin de grossesse (de préférence entre 27 et 36 SA selon les pays). Elle est destinée à éviter des coqueluches néonatales qui peuvent s'avérer létales. A ce jour, en France, cette vaccination n'est recommandée que dans le post-partum immédiat, sans aucune contre-indication vis-à-vis de l'allaitement (20).

○ VACCIN CONTRE LA VARICELLE

La varicelle est une pathologie très contagieuse, et bénigne la plupart du temps. Cependant, si elle survient durant une grossesse, elle peut avoir des conséquences qui vont varier selon le stade de la gestation : malformations congénitales (si l'infection a lieu dans les quatre premiers mois) ; varicelle grave néonatale (en cas d'infection autour de l'accouchement) parfois foudroyante, avec atteinte pulmonaire et cérébrale aboutissant à environ 10 % de décès néonataux (21).

La varicelle survient dans plus de 90 % des cas chez l'enfant non vacciné entre 1 et 15 ans. Il est alors recommandé de vacciner toute personne entre 12 et 18 ans n'ayant jamais eu la varicelle, ainsi que les femmes en âge de procréer sans antécédents de varicelle ou de vaccination. Il est possible de réaliser une sérologie au préalable chez les femmes ne se souvenant pas avoir eu la varicelle, afin de confirmer l'indication.

Le schéma vaccinal comporte deux doses de vaccins à 4-8 semaines ou 6-10 semaines d'intervalle selon le vaccin réalisé (respectivement Varivax® et Varilrix®).

Il convient d'éviter toute grossesse au moment de l'injection, puis dans le mois suivant la vaccination.

La vaccination contre la varicelle chez une femme qui allaite est envisageable en cas d'exposition à la varicelle (22).

○ VACCIN CONTRE L'HEPATITE B

L'hépatite B est une infection virale le plus souvent bénigne, ayant un tropisme pour le foie. Chez l'adulte, l'infection peut se chroniciser dans 1 cas sur 10, et parfois aboutir à une cirrhose voir un cancer du foie. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né, 9 infections sur 10 passeront à la chronicité. Il est donc primordial que la prise en charge soit faite pour tous les nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs en réalisant une vaccination dès la naissance, selon un schéma en 3 injections (0, 1 et 6 mois), associé à l'administration d'Immunoglobulines.

Le calendrier vaccinal recommande actuellement la vaccination de tous les nourrissons à 2, 4 et 11 mois, avec un rattrapage possible jusqu'à 15 ans inclus. Cette vaccination peut être associée à celles contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'*Haemophilus Influenzae b* réalisées au même âge.

b) Vaccinations recommandées pendant la grossesse

○ VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE

La grippe est une pathologie fréquente, qui peut entraîner des complications respiratoires graves. Chez la femme enceinte, elle entraîne 7 fois plus d'hospitalisation, avec chaque année 30 à 60 femmes enceintes hospitalisées en réanimation. De plus, l'hyperthermie causée par la grippe peut être à l'origine de contractions pouvant aboutir à une fausse couche ou à un accouchement prématuré.

La vaccination permet d'éviter 50 % des cas de grippe (hors pandémie) et de diminuer la survenue des complications respiratoires. Cette vaccination aura aussi pour conséquence la

transmission des anticorps de la femme à son bébé, ce qui le protégera les 3 à 6 premiers mois de sa vie (23).

Des études menées sur plusieurs centaines de milliers de femmes enceintes ont montré que le vaccin antigrippal peut être utilisé sans risque en cours de grossesse. Il n'est associé à aucun risque de maladie maternelle, ni retard de croissance in utero, ni fausse couche, ni malformation fœtale, ou maladie de l'enfant après sa naissance (24), (25), (26). Ainsi, il est recommandé de vacciner toutes les femmes enceintes en période grippale, quel que soit le stade de la grossesse.

Il est aussi possible de réaliser cette vaccination chez les femmes allaitantes.

Les recommandations sont également importantes pour l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave (prématurés, déficit-immunitaire congénital, cardiopathie, pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire, affection de longue durée ...), puisque chaque année, plus d'une vingtaine de nourrissons sont pris en charge en réanimation en France dans ce cadre (27).

○ RISQUES SPÉCIFIQUES

Pour les femmes enceintes amenées à voyager ou à séjourner dans des zones à risques spécifiques, plusieurs vaccins peuvent être réalisés. Ils seront à évaluer au cas par cas en fonction des risques.

c) Vaccination spécifique de la jeune fille : le vaccin contre le papillomavirus

L'HPV est un virus nu à ADN faisant partie de la famille des Papillomaviridae. Il en existe plus de 200 génotypes, avec des manifestations cliniques différentes (verruge, papillomatose respiratoire récidivante juvénile, condylome...). Certains ont un pouvoir cancérigène plus important que d'autres (type 16 et 18). A noter que l'infection par un HPV est nécessaire au développement d'un cancer du col utérin. On estime que 70% des femmes actives sexuellement ont été ou seront infectées au cours de leur vie. Cette infection asymptomatique est clairée dans 90% des cas, en 24 mois environ. Mais les 10% restant amènent chaque année la découverte de plus de 3000 nouveaux cas de cancers, et la mort d'environ 1100 femmes en France (28).

Actuellement, le vaccin contre l'HPV est recommandé chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus, selon un schéma à deux doses espacées de 6 mois. Le rattrapage est possible jusqu'à 19 ans révolus, avec un schéma vaccinal en trois doses.

Cette vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV. Néanmoins, même si la patiente a débuté ses rapports sexuels depuis plus d'un an, il est quand même recommandé de réaliser la vaccination.

Il est également recommandé de vacciner les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus, selon un schéma en trois doses avec les vaccins Gardasil® et le Gardasil 9®.

En effet, en plus de leur AMM dans la prévention des lésions génitales précancéreuses du col de l'utérus, de la vulve et du vagin et du cancer du col de l'utérus ainsi que des condylomes génitaux, ils ont également une AMM dans la prévention des lésions anales précancéreuses et dans le cancer anal.

Pour le moment, aucun de ces vaccins n'a d'AMM dans la prévention des cancers du pénis ou oropharyngés.

Il faut signaler que même si une AMM a été émise par l'Agence Européenne du Médicament (EMA) en juin 2015, le vaccin Gardasil 9® n'est toujours pas disponible en France. Il est cependant inscrit dans le calendrier vaccinal de 2017 (29).

V. Retour sur les polémiques qui sèment le doute

Le calendrier vaccinal Français se caractérise par une superposition de vaccinations obligatoires et recommandées, rendant sa lecture confuse, le public ayant tendance à penser que les vaccinations obligatoires sont les seules nécessaires, et que les recommandées sont facultatives, voire superflues.

a) Premières controverses

Les premières controverses à propos de la vaccination ne sont pas récentes.

En effet, « les années qui se sont écoulées entre les travaux de Jenner et ceux de Pasteur ont vu beaucoup de controverses concernant la vaccination, d'abord liées à la non-standardisation de la production et de l'administration de la vaccine. Ce sont de ces

controverses que naquirent les premiers groupes anti-vaccination, encore actif de nos jours et opposés à une “interférence avec la nature” » (30).

Ainsi, en 1800, l'introduction du vaccin antivariolique en France provoque de grands débats quant aux conséquences individuelles et collectives. En effet, un contrôle de l'information tente de créer l'image d'un vaccin totalement bénin. Cependant, même si ce vaccin a eu pour conséquence une diminution de la variole, sa technique de bras à bras entraînait un risque fort de transmission d'autres maladies. Il faudra alors attendre 1864 pour que le Congrès Médical de Lyon reconnaisse enfin le risque de contamination vaccinale et promeuve la vaccination animale par l'Académie de Médecine (30).

b) Vaccin BCG

Polémique

En 1929, une campagne de vaccination des nouveau-nés contre la tuberculose est lancée dans l'hôpital de Lübeck en Allemagne. Cette vaccination se fait par voie orale, dans le lait maternel. Cependant, dans les mois qui suivent, un nombre de décès inhabituel lié à la tuberculose est répertorié. Le vaccin BCG est alors mis en porte-à-faux, en présumant que la souche atténuée est redevenue virulente.

Enquête et résultats

Même si l'enquête a établi que la souche du vaccin avait été contaminée lors de sa préparation dans le laboratoire par une souche virulente de *Mycobacterium tuberculosis*, cet événement a permis de nourrir l'appréhension de la population générale face à la vaccination (31).

c) Sclérose en Plaque et vaccin contre l'hépatite B

Polémique

En 1994, une campagne nationale de vaccination contre l'hépatite B, ciblant les adolescents et les nourrissons, a été lancée. L'engouement fut extrêmement important puisque près de la moitié de la population se fit vacciner.

Néanmoins, entre 1994 et 1997, des effets indésirables dans les suites de cette vaccination ont été notifiés. Ceux-ci semblaient relier la vaccination à la survenue d'atteintes démyélinisantes centrale, avec principalement la sclérose en plaque, mais aussi les maladies

auto-immunes comme le lupus et la polyarthrite rhumatoïde. De plus, ces données furent largement médiatisées, entraînant une réaction importante du grand public. Dès 1997, plusieurs plaintes sont déposées, et une association de victime "REVAHB" est créée.

Devant cela, le ministre de la Santé Bernard Kouchner annonce la suspension vaccinale systématique dans les collèges. Cette décision jugée incompréhensible par l'OMS, et mal perçue par le public, est alors prise comme preuve par les médias pour bafouer ce vaccin.

Des décisions judiciaires en faveur des plaignants ont également contribué à entretenir la croyance d'un lien. Par exemple, en 2009, le laboratoire GSK se voit condamné à verser un dédommagement à une jeune femme atteinte de SEP (32). En 2014, l'état doit verser une compensation à une ancienne infirmière atteinte de SEP (33). Ces deux cas figurent parmi d'autres qui ont été indemnisés.

Enquête et résultats

S'en suit alors un plan renforcé de gestion des risques pour la surveillance des maladies démyélinisantes et hématologiques avec de nombreuses études qui examinent la survenue d'un lien entre l'apparition de ces pathologies et le vaccin contre l'hépatite B. La grande majorité des études qui ont été effectuées n'ont pas mis en évidence d'association, à l'exception d'une étude anglaise cas/témoins effectuée chez l'adulte en 2004. Cependant, cette étude présente des limites qui ne permettent pas d'étendre les conclusions à la population générale (avec notamment des conclusions basées sur 11 cas de SEP). De plus, une étude menée par le CDC avec la même méthodologie ne permet pas d'identifier de lien entre la vaccination et la survenue de pathologies démyélinisantes, et renforce la suspicion de l'existence de facteurs de confusion dans l'étude de Hernan (34).

Après 17 années d'instruction, le parquet de Paris demande un non lieu dans l'enquête sur le vaccin contre l'hépatite B, faute de lien établi avec le déclenchement de maladies neurologiques (35).

Le pouvoir médiatique de ces affaires a entraîné une réticence à cette vaccination de la part du grand public mais aussi des praticiens qui sont peu à l'aise avec ce vaccin et ses controverses (36).

Enfin, la cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) s'est prononcée sur la possibilité d'indemnisation mais pas sur le lien de causalité. Ainsi, si le demandeur apporte « des indices graves, précis et concordants permettant de conclure à l'existence d'un défaut du vaccin et à celle d'un lien de causalité entre ce défaut et ladite maladie », le juge peut lui donner gain de cause malgré l'absence de consensus scientifique. (37)

d) L'autisme et le vaccin ROR

Polémique

En 1998, une étude publiée par Andrew Wakefield (médecin gastro-entérologue d'origine britannique) dans le journal "The Lancet" affirme que le ROR favorise l'autisme.

Enquête et résultats

En 2004, on découvre que le Dr Wakefield avait en fait manipulé les résultats (enfants déjà atteints d'autisme, ou n'en ayant pas développé). En effet, il avait conclu un accord avec un avocat pour "apporter à la Cour une preuve irréfutable dans le but de la convaincre de la dangerosité de ce vaccin" afin que ce-dernier puisse attaquer le laboratoire fabriquant le vaccin (38). Plusieurs études ont ensuite appuyé la non corrélation entre la vaccination et l'autisme. La plus récente publiée en avril 2015 dans le "Journal of the American Medical Association" a suivi environ 95 000 enfants sur 5 ans, sans trouver de lien (39). Cette affaire a cependant remis en cause le bénéfice du vaccin et alimenté les doutes de la part de la population, en particulier chez les Anglo-Saxons.

e) La grippe A (H1N1) : retour sur cet épisode

Polémique

En 2009, la grippe A (H1N1) est à l'origine d'une pandémie. Des vaccins pandémiques étant déjà développés en prévision de la grippe H5N1, ils ont ainsi pu être rapidement mis sur le marché dans de nombreux pays. Cependant, en France, cela a été mal perçu. En effet, le caractère pathogène de ce virus s'est finalement révélé moins important que ce qui était attendu, étant parfois même qualifié de "gripette". Des questions concernant l'innocuité ont également été soulevées, avec l'idée parfois que les risques encourus avec cette vaccination pourraient être plus importants que la grippe elle-même. Des professionnels paramédicaux sont venus appuyer ces réflexions avec notamment le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI) qui déclare : « nous n'avons aucun recul sur les risques de cette vaccination. On craint en particulier les adjuvants contenus dans les produits » (40). De plus, il reste à l'esprit une polémique de 1976 où des syndromes de Guillain-Barré semblaient être apparus sur plusieurs centaines de personnes suite au vaccin H1N1 administré à 40 millions de personnes aux Etats-Unis, sans que cela soit finalement prouvé. Enfin, cette polémique est aussi liée au manque de communication envers les professionnels de santé qui se sont retrouvés à ne pas avoir de réponse à donner à leurs patients.

Enquête et résultats

Des études ont été menées à la suite de ces affirmations : le syndrome de Guillain-Barré n'a pas pu être mis en évidence, cependant, on a pu déceler un sur-risque de développer de la narcolepsie avec cette vaccination (41) (42).

Suite à ces accusations, la couverture vaccinale n'est estimée qu'entre 8 et 10%, et le grand public a finalement retenue de cette campagne qu'il s'agissait d'un vaccin produit "à la va-vite" avec des adjuvants potentiellement dangereux. A noter qu'au 23 décembre 2009, il y avait 176 morts de la grippe H1N1, dont 28 chez des personnes sans facteur de risque particulier. En août 2010, on recensait alors 323 morts.

f) Vaccin contre les HPV : le vaccin de trop ?

Polémique

En 2013, c'est le vaccin "Gardasil" contre le papillomavirus qui est remis en cause. En effet, ce vaccin qui lutte contre le cancer du col utérin se voit associé à une médiatisation très importante, qui a pour effet de rendre suspicieuse la population générale. De plus, ce vaccin reste controversé de par son utilité. En effet, même une fois réalisé, ce vaccin n'empêche pas le suivi des jeunes filles par frottis car il ne couvre que 70% des virus responsables des cancers du col utérin. Pour certains, il n'y a donc pas d'utilité à mettre des fonds dans ce vaccin, alors qu'il est plus onéreux qu'un dépistage organisé.

De plus, des cas de maladies auto-immunes (SEP, lupus) ont été décrits à la suite de cette vaccination (43).

Enquête et résultats

L'ANSM a mis en place un suivi national de pharmacovigilance dès la commercialisation de ce nouveau vaccin. En septembre 2015, un rapport final a été émis, affirmant qu'aucune maladie auto-immune n'avait été mise en évidence sur les 2 millions de jeunes femmes suivies entre 2008 et 2013. Il est tout de même apparu que ce vaccin pourrait être lié à une augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré (44)(45). Ces données étant les seules, elles restent donc à vérifier par d'autres études.

Cependant, ces controverses ont alimenté les suspicions quand à la vaccination.

Ainsi, comme nous avons pu le voir, le paysage vaccinal français a été marqué par de nombreuses polémiques et continue de l'être. Celles-ci sont en parties responsables de la méfiance du grand public quant à la vaccination.

Deuxième partie

Etude : méthode et
résultats

C'est dans ce climat de doute que nous est venu le besoin de connaître les perceptions des sages-femmes libérales. En effet, la sage-femme est souvent vue comme une personne prônant les méthodes naturelles, de part son côtoiement au physiologique. De plus, durant mes stages, il m'est souvent arrivé d'entendre des sages-femmes se plaindre du nombre important de vaccins que doivent endurer les enfants et les femmes. Nous nous sommes donc questionnées sur leur vision de la vaccination. Notre hypothèse principale, est que les sages-femmes sont peu favorables à la vaccination. Nous nous sommes alors demandées, si cette hypothèse s'avère exacte, est-ce que cette vision négative entraîne des conséquences dans la pratique des sages-femmes ? Enfin, nous nous sommes questionnées sur les freins à la vaccination : si les sages-femmes sont réellement peu favorables à la vaccination, est-ce à cause d'un manque de connaissance durant leurs études, d'un manque de formation continue, d'une pratique de la maïeutique associée à des médecines alternatives, ouvrant l'esprit à d'autres modes de soins ?

I. Matériel et méthode

a) Type d'enquête

Il s'agissait d'une enquête observationnelle déclarative, de type transversale, par auto-questionnaires envoyés aux des sages-femmes libérales des Pays de la Loire, sur une période de trois mois (du 24 avril 2017 au 24 juillet 2017).

b) Population étudiée

Toutes les sages-femmes libérales installées en Pays de la Loire étaient éligibles à cette enquête. Les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes cadres, et les sages-femmes territoriales ont été exclues.

c) Recueil des données

Les coordonnées e-mail des sages-femmes ont été obtenues en partie par le répertoire du site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. L'autre partie des e-mails a été obtenue par appel téléphonique.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme en ligne via Google Forms®. Deux mails de relance ont été envoyés, respectivement à un et deux mois de la première sollicitation.

d) Outil utilisé

Le questionnaire [Annexe III] se composait de huit parties, auquel on pouvait répondre en 7 minutes en moyenne :

- La première partie comportait des questions sur la formation des SFL (durant les études et en formation continue) ainsi qu'une partie sur leur perception, leurs connaissances et leurs pratiques concernant la vaccination de façon générale.
- Les parties deux à six étaient rédigées de la même façon, avec un questionnement d'abord de leur perception, puis de leurs connaissances et enfin de leurs pratiques en lien avec une vaccination en particulier (dans l'ordre : Coqueluche, ROR, Varicelle, Grippe, HPV).
- La septième partie explorait la perception des SFL vis-à-vis du vaccin contre l'hépatite B.
- La huitième partie intitulée "à propos de vous" retraçait les données socio-épidémiologiques des SFL.
- Afin de clore ce questionnaire, un espace libre de commentaire était mis à disposition des répondants. Il leur était également possible de laisser leur adresse mail afin d'avoir un retour sur l'étude réalisée.

e) Méthode d'analyse

Le masque de saisie, la saisie de donnée ainsi que l'analyse statistique ont été réalisés sur Microsoft Office Excel®.

II. Résultats

Le nombre de sujets sélectionnés pour participer à l'étude était de 262 sages-femmes sur un total de 293 sages-femmes en Pays de la Loire (46).

Il y a eu 91 réponses en lignes dont 3 ininterprétables, ce qui fait 88 questionnaires exploitables, soit un taux de participation de 33%.

a) Données sociodémographiques des sages-femmes

Sur les sages-femmes interrogées, seul un des questionnaires a été rempli par un homme.

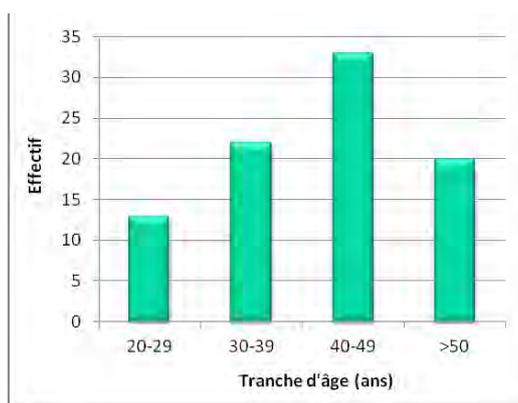


Figure 1 : Répartition des effectifs selon leur tranche d'âge

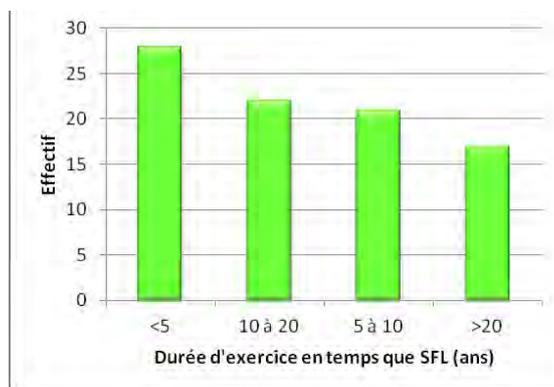


Figure 2 : Répartition des effectifs selon leur durée d'exercice en temps que SFL

Pour le lieu d'exercice, 53% estimaient être en milieu rural, tandis que 47% estimaient exercer en milieu urbain.

La majorité des sages-femmes étaient seules ou en binôme dans leur cabinet comme le montre le graphique suivant.

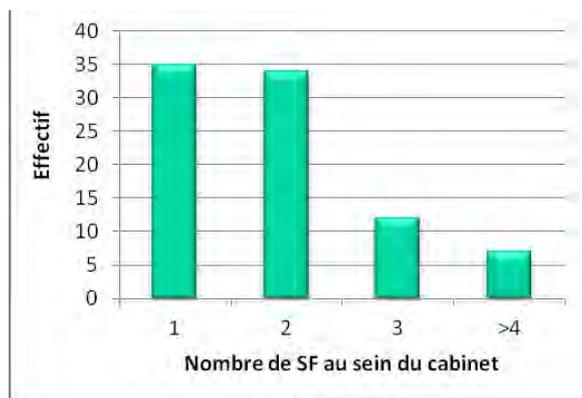


Figure 3 : Répartition du nombre de SF au sein du cabinet

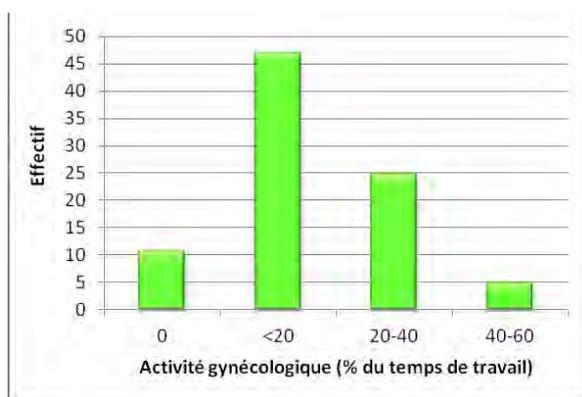


Figure 4 : Répartition de l'activité gynécologique au sein du cabinet

Parmi les sages-femmes ayant répondu, 53% avaient un diplôme supplémentaire de type acupuncture, homéopathie, hypnose, sophrologie, ou encore phytothérapie. Seul 9% avaient passé un diplôme complémentaire de gynécologie et 38% n'avaient pas de compétence supplémentaire.

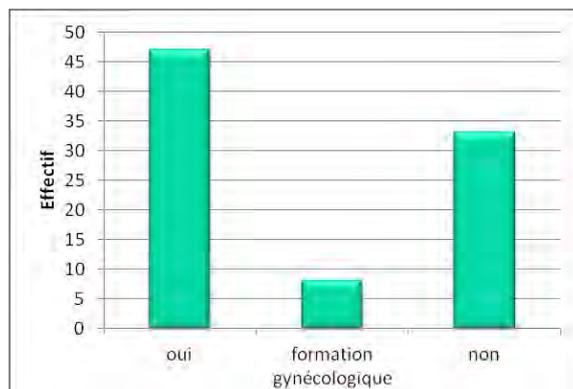


Figure 5 : Compétences supplémentaires

b) Statut vaccinal des SF et de leurs enfants

Concernant leurs vaccinations personnelles, 52% des sages-femmes pensaient être à jour des vaccins recommandés et obligatoires, 40% estimaient n'être à jour que des vaccins obligatoires et 8% pensaient ne pas être à jour.

Au niveau du vaccin antigrippal, 22% réalisaient ce vaccin annuellement, 16% le faisaient de temps en temps, et 62% ne le faisaient jamais.

Au sujet des enfants, 86% des SFL ont déclaré en avoir.

Parmi eux, 64% étaient vaccinés selon les recommandations, 18% n'étaient vaccinés que lorsque le vaccin était obligatoire et 18% étaient vaccinés contre certains pathogènes, dépendant du choix de leurs parents.

Concernant la vaccination contre les papillomavirus, 42% des SFL ont fait ou veulent faire vacciner leur fille, 29% n'ont pas fait vacciner ou ne compte pas faire vacciner leur fille et 29% ne se sont pas posé la question car elles n'ont pas de fille.

c) Formation des SFL à la vaccination

Globalement, 59% des SFL estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires à la vaccination.

Leur formation à la vaccination durant leurs études était jugée insuffisante chez 36,4% des SFL et obsolète chez 35,2%.

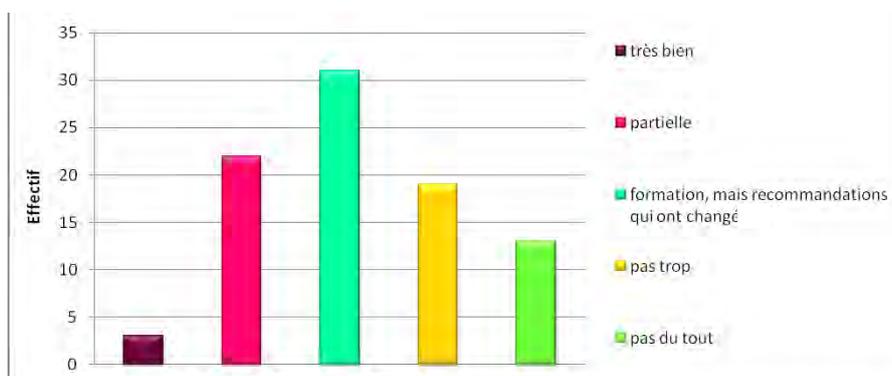


Figure 6 : Répartition des SFL selon leur formation initiale à la vaccination

80% des SFL utilisaient des plaquettes d'informations pour se former sur la vaccination, les autres moyens utilisés sont les livres et revues scientifiques (33%), la formation médicale continue (28,6%), internet (22%), et le recours à des collègues (19,8%).

En cas de doute sur la vaccination, face à une patiente, les SFL utilisaient encore préférentiellement les plaquettes d'information (73,6%), puis internet (28,6%), les livres et revues scientifiques (23,1%) ainsi que le recours à des collègues (23,1%). A noter que seulement 8,8% des SFL faisaient appel au centre de vaccination de leur département.

Les principaux sites internet utilisés par les SFL sont : la HAS, le site "vaccination-info-service" de Santé Publique France et le site du conseil de l'ordre des SF.

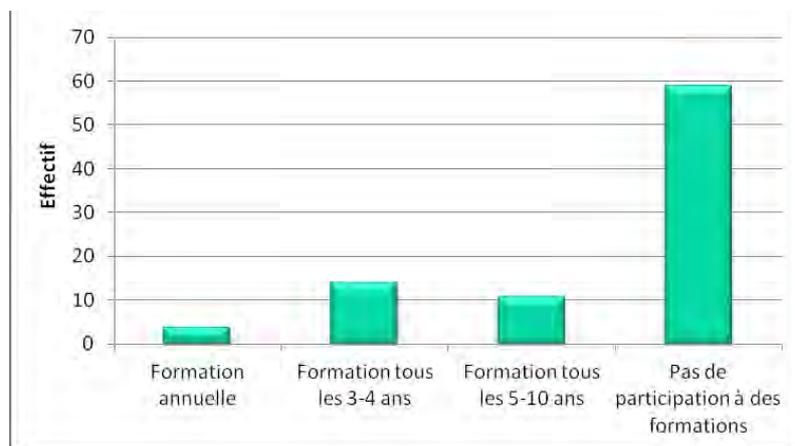


Figure 7 : Répartition de l'effectif des SFL selon leur participation aux formations professionnelles continues sur la vaccination

d) Les SFL et la vaccination

Globalement, les SFL sont 92% à être totalement, ou plutôt favorable à la vaccination.

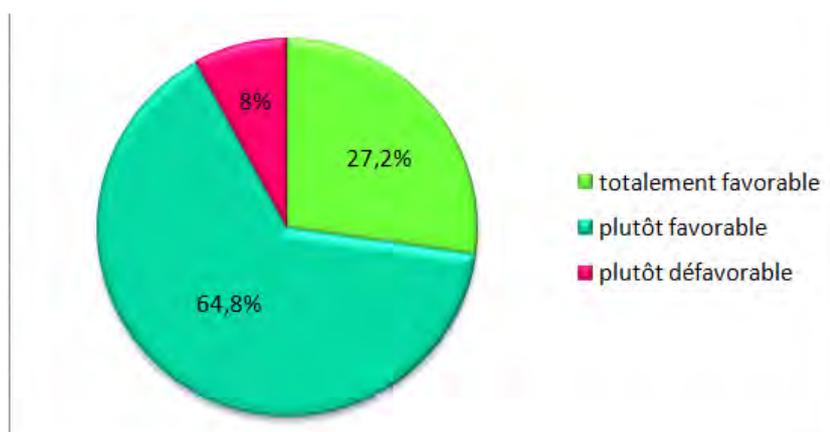


Figure 8 : Répartition de la perception globale de la vaccination par les SFL

Concernant la vaccination, 39% des SFL estimaient qu'il n'y avait pas de risque à associer plusieurs vaccins, 54 % pensaient que des injections multiples simultanées de vaccins pouvaient entraîner une surstimulation du système immunitaire, un affaiblissement du système immunitaire et/ou l'apparition de maladies auto-immunes. 7% des SFL préféraient ne pas se prononcer car elles estimaient ne pas avoir les connaissances suffisantes pour se prononcer à ce sujet.

Répartition du nombre d'erreur(s) (sur 8) tirée de la question " En tant que sage-femme, j'ai le droit de prescrire les vaccins contre".

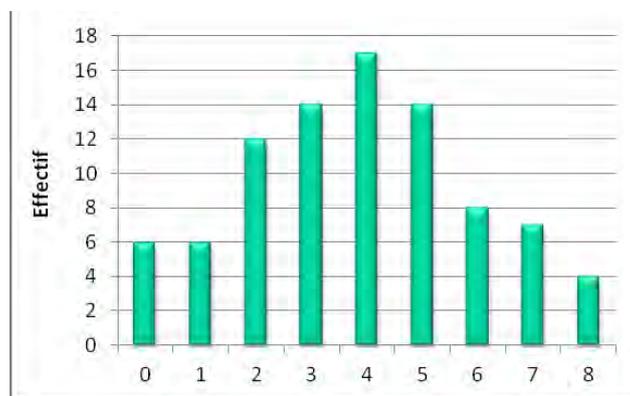


Figure 9 : Répartition du nombre d'erreur(s) dans le droit de prescription des vaccins

La répartition des vaccins que les sages-femmes pensent avoir le droit de prescrire est alors la suivante :

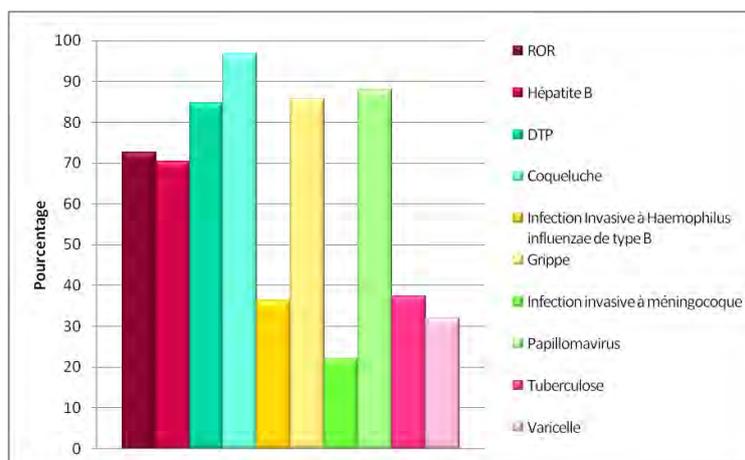


Figure 10 : Répartition des vaccins que les sages-femmes pensent avoir le droit de prescrire

Répartition du nombre d'erreur(s) (sur 5) tirée de la question "En tant que sage-femme, mon droit de prescription dans le domaine de la vaccination concerne".

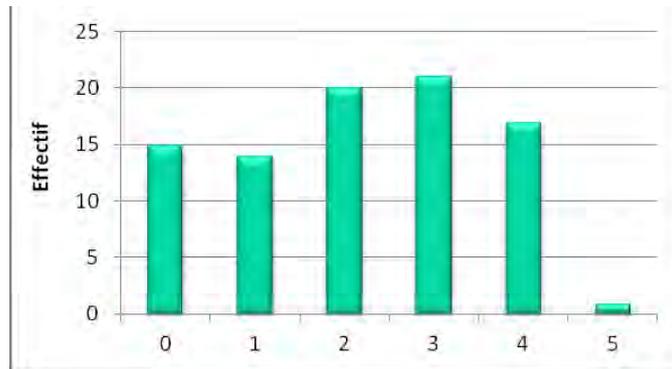


Figure 11 : Répartition du nombre d'erreur(s) concernant la population que les SF ont le droit de vacciner

La répartition des personnes que les SFL pensent avoir le droit de vacciner est la suivante :

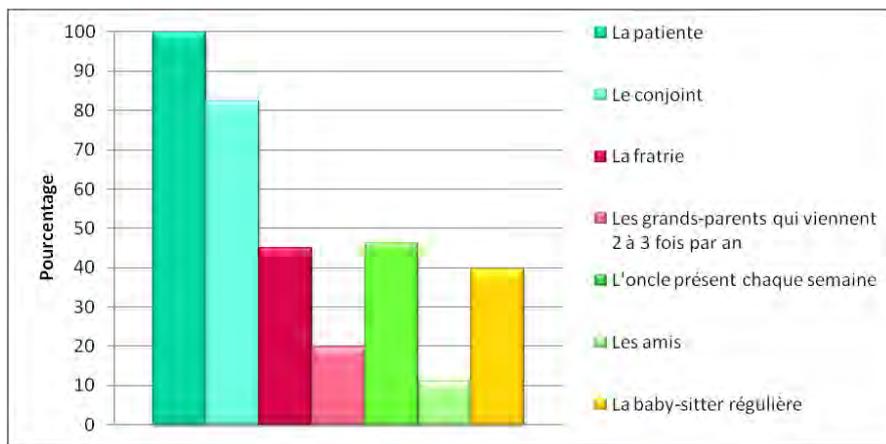


Figure 12 : Répartition des personnes que les SF pensent avoir le droit de vacciner

Répartition du nombre d'erreur(s) (sur 6) tirée de la question "Pouvez-vous citer les vaccins obligatoires et recommandés dans la population générale?".

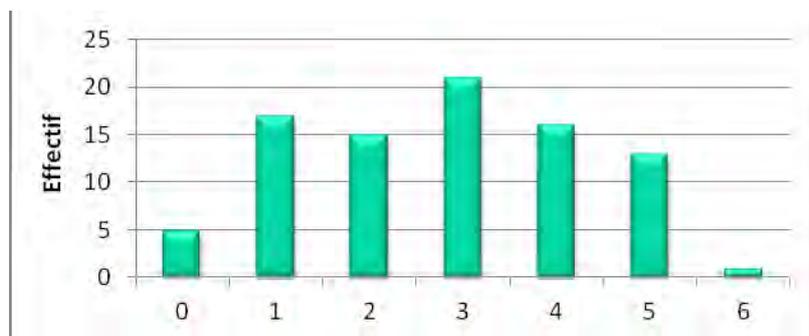


Figure 13 : Répartition du nombre d'erreur(s) sur le statut obligatoire ou recommandé des vaccins

La répartition à cette question est la suivante :

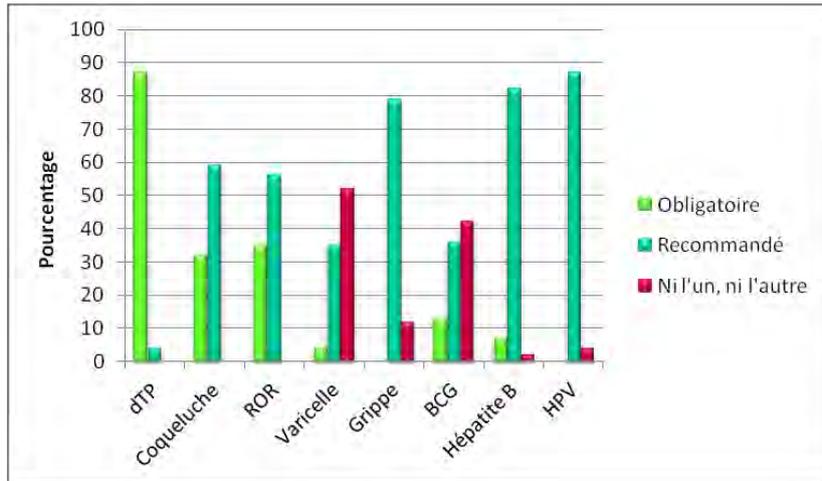


Figure 14 : Répartition du statut obligatoire ou recommandé des vaccins selon les SFL

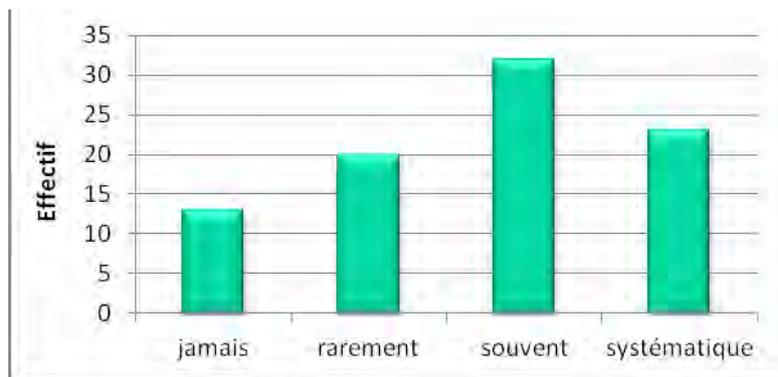


Figure 15 : Répartition des SFL selon la fréquence de consultation du carnet de vaccination de leurs patientes

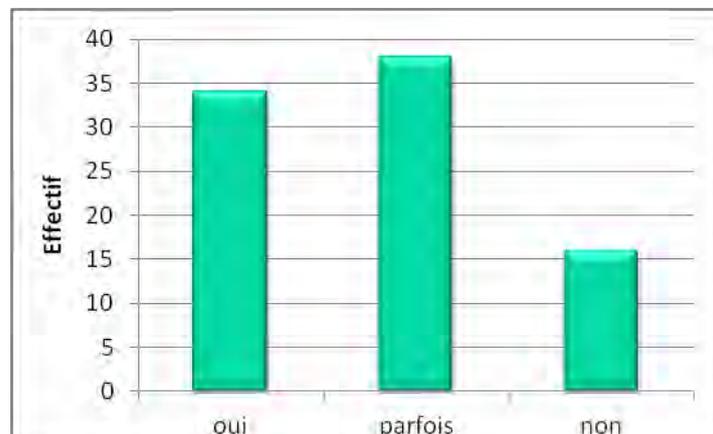


Figure 16 : Répartition des SFL selon la mise à jour vaccinale de leurs patientes

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception générale de la vaccination a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable de la vaccination (8%)	Perception favorable de la vaccination (92%)	p value (analyse univariée - test de Fischer)
Formation à la vaccination pendant les études			
Bonne	1,1%	27,3%	0,67
Mauvaise	6,8%	64,8%	
Participation à des formations sur la vaccination			
Oui	0%	33%	0,09
Non	8%	59%	
Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	3,4%	37,5%	1
Non	4,5%	54,6%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	2,3%	92%	5,4x10⁻⁷
Pas d'accord	5,7%	0%	
Association de vaccins			
Effet	8%	46,6%	0,051
Pas d'effet	0%	38,6%	
Ne sais pas	0%	6,8%	
Mise à jour vaccinale des patientes			
Oui	1,1%	60,3%	0,01
Non	6,8%	31,8%	
Installation en libéral			
< 10 ans	2,3%	53,4%	0,23
> 10 ans	5,7%	38,6%	
Lieu d'exercice			
Rural	8%	45,4%	0,01
Urbain	0%	46,6%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	3,4%	36,4%	1
Plusieurs	4,5%	55,7%	
Activité gynécologique			
< 20 %	4,5%	60,3%	0,69
> 20 %	3,4%	31,8%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	6,8%	46,6%	0,32
Gynécologie	0%	0,1%	
Aucune	1,1%	36,4%	
Vaccination grippale personnelle			
Oui	0%	37,5%	0,04
Non	8%	54,5%	
Enfants			
Oui	8%	74,4%	0,59
Non	0%	13,6%	

e) Vaccination contre la coqueluche

La perception du vaccin contre la coqueluche est la suivante :

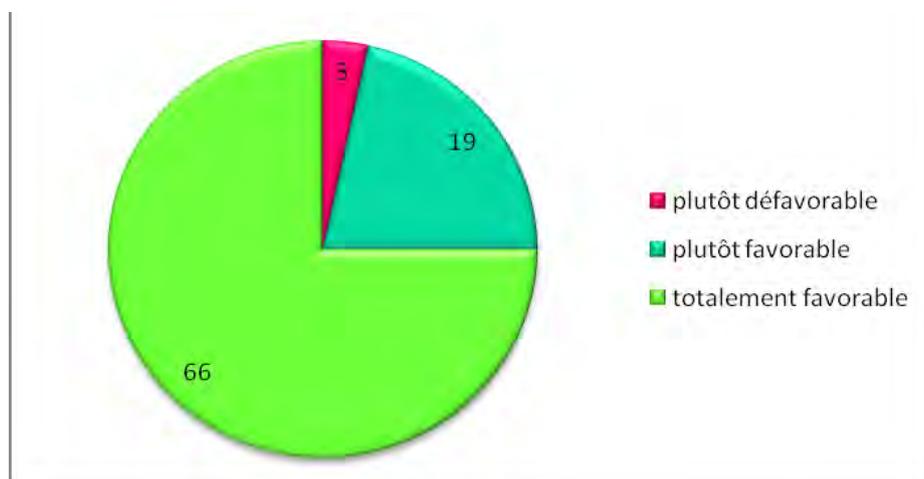


Figure 17 : Répartition de la perception de la vaccination anti-coqueluche par les SFL

Les principaux éléments qui limitent cette vaccination sont :

- Les SFL n'y pensent pas (37,3%)
- Ce n'est pas une priorité lors de la consultation (31,4%)
- Le lobbying des laboratoires importants sur ces vaccins (19,6%)
- Le manque d'information de ce vaccin (13,7%)
- Les patientes qui refusent cette vaccination (9,8%)
- Les effets secondaires liés aux excipients (7,8%)
- L'association de ce vaccin avec le dTP (7,8%)
- Le fait que ce soit une immunité provisoire (5,9%)
- Le fait qu'on vaccine contre une pathologie bénigne (3,9%)
- Le manque de confiance dans les recommandations vaccinales (3,9%)

La proportion de sages-femmes pensant qu'il existait un vaccin monovalent contre la coqueluche est de 28%, contre 72% qui pensait qu'il n'existait pas de vaccin monovalent.

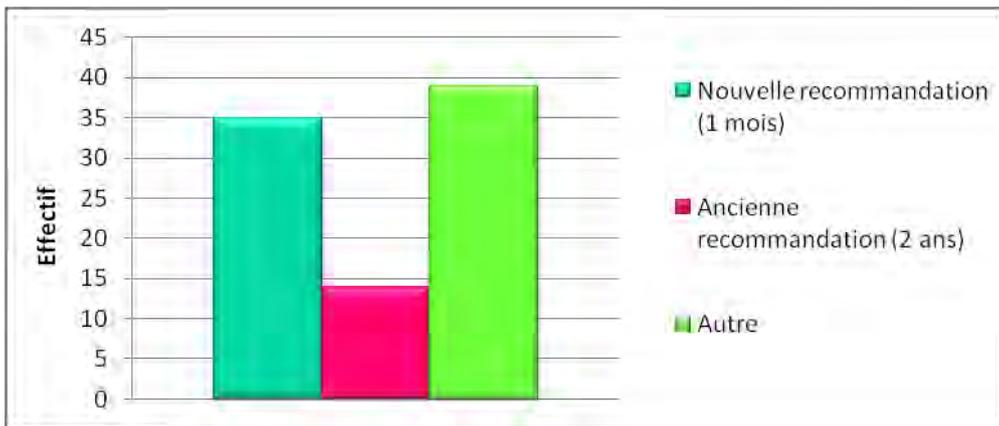


Figure 18 : Délai minimum entre un vaccin dTP et dTPca

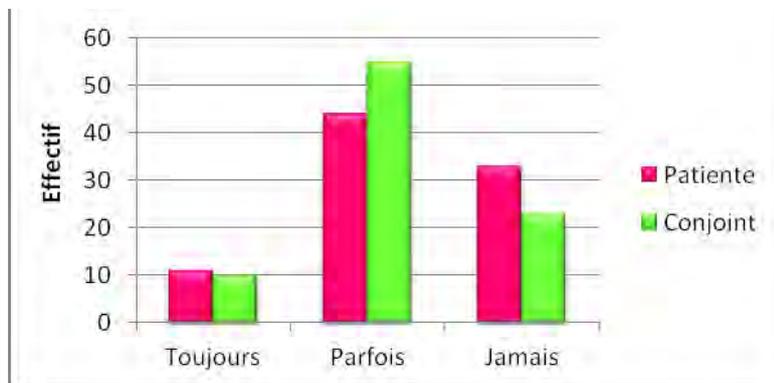


Figure 19 : revaccination contre la coqueluche dans le cadre du cocooning chez un adulte de plus de 25 ans

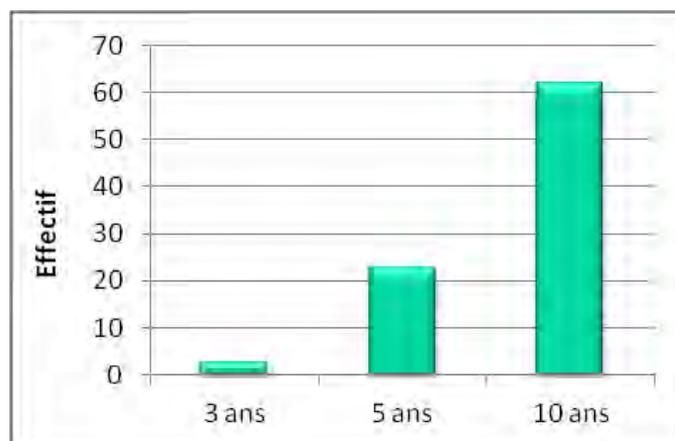


Figure 20 : Pratique de la vaccination coqueluche dans le cadre du cocooning par les SFL

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination contre la coqueluche a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin contre la coqueluche (3,4%)	Perception favorable du vaccin contre la coqueluche (96,6%)	p value (analyse univariée - test de Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	0%	28,4%	0,56
Mauvaise	3,4%	68,2%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	1,1%	31,8%	1
Non	2,3%	64,8%	
Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	1,1%	39,8%	1
Non	2,3%	56,8%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	1,1%	6,8%	0,22
Favorable	2,3%	89,8%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	2,3%	92%	0,16
Pas d'accord	1,1%	4,6%	
Association			
Effet	3,4%	51,1%	0,41
Pas d'effet	0%	38,7%	
Ne sais pas	0%	6,8%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	0%	61,4%	0,054
Non	3,4%	35,2%	
Connaissances vaccin coqueluche			
si >10 ans	3,4%	67%	0,55
si < 10 ans	0%	29,6%	
Installation en libéral			
< 10 ans	1,1%	54,5%	0,58
> 10 ans	2,3%	42,1%	
Lieu d'exercice			
Rural	2,3%	51,1%	1
Urbain	1,1%	45,5%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	3,4%	36,4%	0,059
Plusieurs	0%	60,2%	
Activité gynécologique			
< 20 %	3,4%	61,4%	0,55
> 20 %	0%	35,2%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	2,3%	51,1%	1
Gynécologie	0%	9,1%	
Rien	1,1%	36,4%	

Vaccination grippale personnelle			
Oui	0%	37,5%	0,29
Non	3,4%	59,1%	
Enfants			
Oui	3,4%	83%	1
Non	0%	13,6%	

f) Vaccination contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons

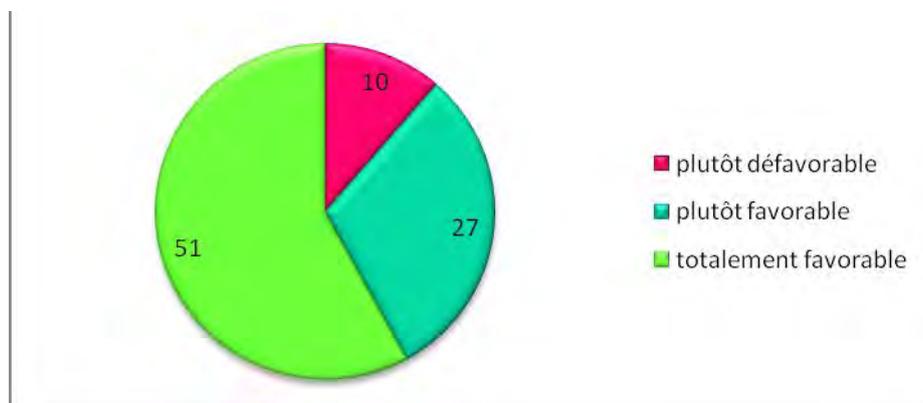


Figure 21 : Répartition de la perception de la vaccination ROR par les SFL

Les principaux éléments qui limitent cette vaccination sont :

- Les SFL n’y pensent pas (42,9%)
- Ce n’est pas une priorité lors de la consultation (33,3%)
- Le manque d’information de ce vaccin (12,7%)
- Le lobbying des laboratoires importants sur ces vaccins (9,5%)
- Les patientes qui refusent cette vaccination (7,9%)
- Les effets secondaires liés aux excipients (7,9%)
- Le fait que ce soit une immunité provisoire (7,9%)
- Le fait qu’on vaccine contre une pathologie bénigne (6,3%)

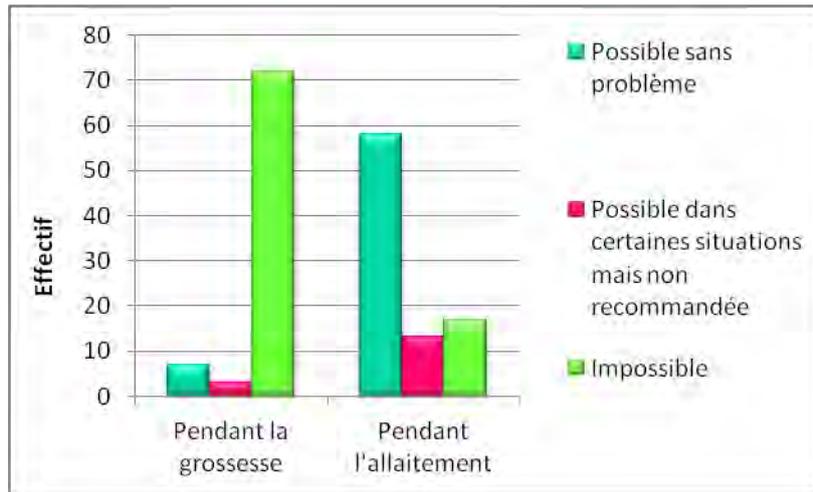


Figure 22 : Possibilité vaccinale du ROR en cours de grossesse et d'allaitement

En cas de sérologie négative après 2 injections de vaccin ROR, 78% des SFL ne revaccinaient pas leur patiente, contre 22% qui les revaccinaient.

En cas de consultation préconceptionnelle, la répartition des sages-femmes réalisant la vaccination ROR en cas de schéma vaccinal incomplet est la suivante :

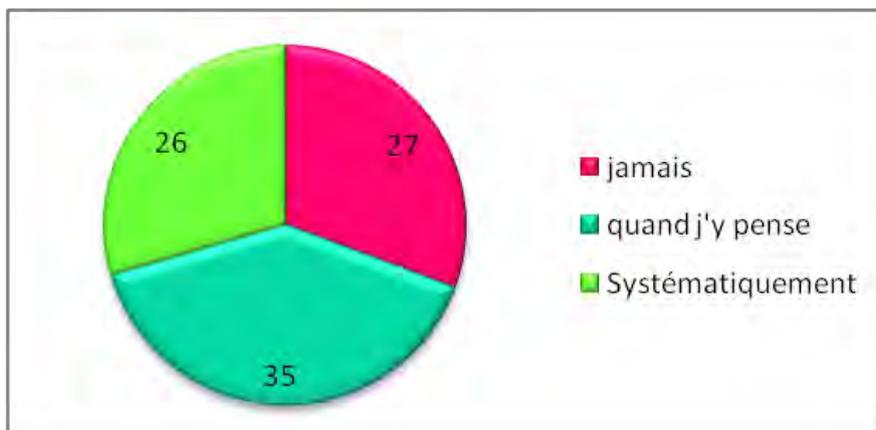


Figure 23 : Réalisation de la dose manquante d'une vaccination ROR

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination ROR a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin ROR (11,4%)	Perception favorable du vaccin ROR (88,6%)	p value (analyse univariée - test de Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	2,3%	26,1%	0,72
Mauvaise	9,1%	62,5%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	2,3%	30,7%	0,49
Non	9,1%	58%	
Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	3,4%	37,5%	0,52
Non	8%	51,1%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	4,5%	3,4%	0,002
Favorable	6,8%	85,3%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	6,8%	87,6%	0,0004
Pas d'accord	4,5%	1,1%	
Association			
Effet	11,4%	43,2%	0,009
Pas d'effet	0%	38,6%	
Ne sais pas	0%	6,8%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	1,1%	60,2%	0,0007
Non	10,2%	28,4%	
Vaccination possible pendant la grossesse			
Oui	3,4%	14,8%	0,38
Non	8%	73,8%	
Installation en libéral			
< 10 ans	3,4%	52,3%	0,1
> 10 ans	8%	36,3%	
Lieu d'exercice			
Rural	9,1%	44,35%	0,09
Urbain	2,3%	44,35%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	4,5%	35,3%	1
Plusieurs	6,8%	53,4%	
Activité gynécologique			
< 20 %	8%	56,8%	1
> 20 %	3,4%	31,8%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	9,1%	44,3%	0,26
Gynécologie	0%	9,1%	
Rien	2,3%	35,2%	

Vaccination grippale personnelle			
Oui	0%	37,5%	0,01
Non	11,4%	51,1%	
Enfants			
Oui	10,2%	76,2%	1
Non	1,1%	12,5%	

g) Vaccination contre la varicelle



Figure 24 : Répartition de la perception de la vaccination contre la varicelle des SFL

Les principaux éléments qui limitent cette vaccination sont :

- Les SFL n’y pensent pas (41,5%)
- Le fait qu’on vaccine contre une pathologie bénigne (41,5%)
- Ce n’est pas une priorité lors de la consultation (28%)
- Le manque d’information de ce vaccin (26,8%)
- Le fait que ce soit une immunité provisoire (4,9%)
- Le lobbying des laboratoires importants sur ces vaccins (4,9%)
- Les effets secondaires liés aux excipients (4,9%)
- Il existe une immunité collective (3,7%)
- Ce vaccin est trop cher (4,9%)

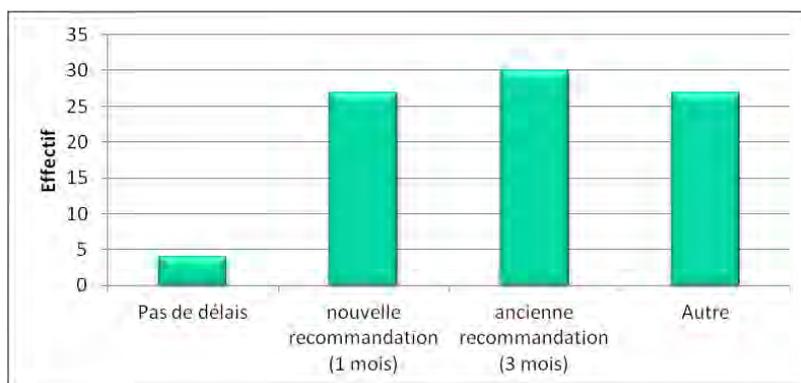


Figure 25 : Délai à attendre entre une vaccination contre la varicelle et une grossesse

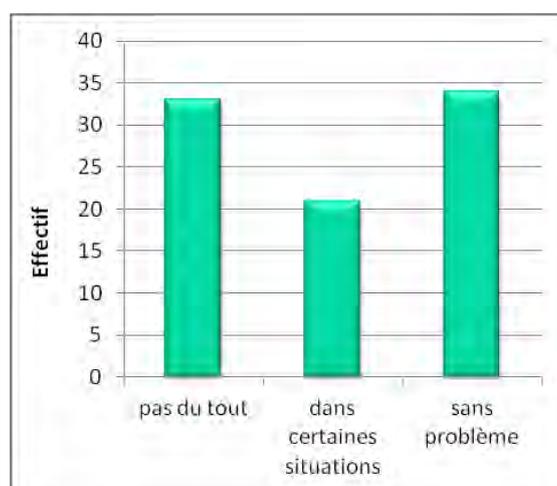


Figure 26 : Vaccination possible pendant l'allaitement

En cas de consultation préconceptionnelle, 45% des sages-femmes libérales vaccinaient systématiquement leurs patientes avec une sérologie négative, contre 55% qui ne les vaccinaient pas.

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination contre la varicelle a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin contre la varicelle (58%)	Perception favorable du vaccin contre la varicelle (42%)	p value (analyse univariée - test de khi ² ou Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	11,4%	17%	0,03
Mauvaise	46,6%	25%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	19,3%	13,7%	0,93
Non	38,6%	28,4%	

Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	121,6%	19,3%	0,41
Non	36,4%	22,7%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	8%	0%	0,02
Favorable	50%	42%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	52,3%	42%	0,07
Pas d'accord	5,7%	0%	
Association			
Effet	35,2%	19,3%	0,09
Pas d'effet	17,1%	21,6%	
Ne sais pas	5,7%	1,1%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	33%	28,4%	0,31
Non	25%	13,6%	
Connaissances vaccin varicelle			
délais de 1 mois	18,2%	12,5%	0,86
autre délai	39,8%	29,5%	
Installation en libéral			
< 10 ans	27,3%	28,4%	0,056
> 10 ans	30,7%	13,6%	
Lieu d'exercice			
Rural	35,2%	18,2%	0,1
Urbain	22,7%	23,9%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	21,6%	18,2%	0,57
Plusieurs	36,3%	23,9%	
Activité gynécologique			
< 20 %	37,5%	27,3%	0,99
> 20 %	20,4%	14,8%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	35,2%	18,2%	0,19
Gynécologie	5,7%	3,4%	
Rien	17%	20,5%	
Vaccination grippale personnelle			
Oui	14,8%	22,7%	0,006
Non	43,2%	19,3%	
Enfants			
Oui	54,6%	31,8%	0,02
Non	3,4%	10,2%	

h) Vaccination contre la grippe

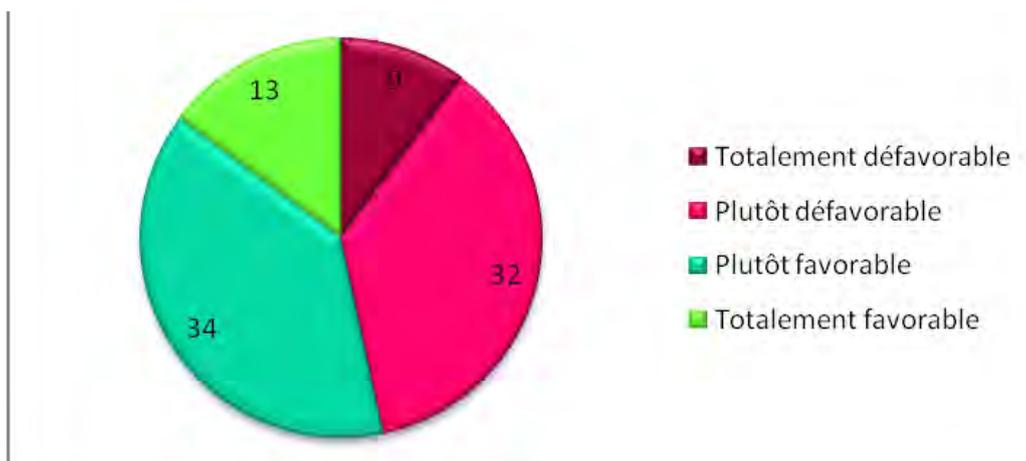


Figure 27 : Répartition de la perception de la vaccination anti-grippale par les SFL

Les principaux éléments qui limitent cette vaccination sont :

- Les patientes qui refusent cette vaccination (33,8%)
- Le lobbying des laboratoires importants sur ces vaccins (26,8%)
- Le fait que ce soit une immunité provisoire (26,8%)
- Ce n'est pas une priorité lors de la consultation (21,1%)
- Les SFL n'y pensent pas (18,3%)
- Le manque d'information de ce vaccin (16,9%)
- Pas de confiance dans les recommandations gouvernementales (14,1%)
- Le fait qu'on vaccine contre une pathologie bénigne (12,7%)
- Vaccin inefficace (11,3%)
- Les effets secondaires liés aux excipients (11,3%)
- Ce n'est pas le rôle de la SF (9,9%)
- Il n'y a pas assez de recul (9,9%)
- Il existe une immunité collective (3,7%)
- Je suis éthiquement contre le procédé de fabrication du vaccin (2,8%)

Au niveau de la réalisation de la vaccination, 77% pensaient qu'elle pouvait être réalisée n'importe quand durant la grossesse, contre 23% qui pensaient qu'elle ne pouvait être réalisée qu'à partir du 2^{ème} trimestre de la grossesse.

A propos de la vaccination antigrippale, 92% des SFL pensaient qu'elle était recommandée durant la grossesse.

Concernant l'entourage, les SFL avaient le choix entre "recommandé pour l'entourage des femmes enceintes", "recommandé pour l'entourage de tous les nourrissons" ou "recommandé pour l'entourage des nourrissons à risque" (qui était la réponse attendue). La distribution de leur réponse est la suivante.

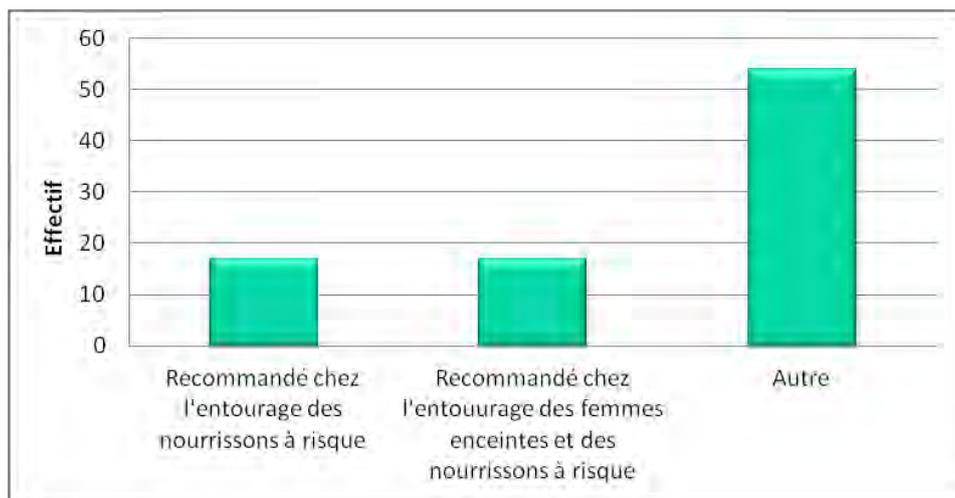


Figure 28 : Recommandation du vaccin antigrippal

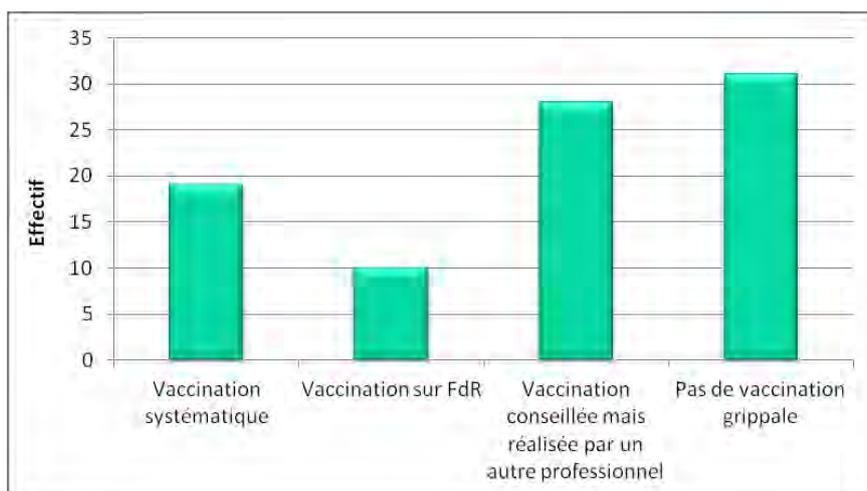


Figure 29 : Pratique des SFL concernant le vaccin antigrippal chez la femme enceinte

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination antigrippale a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin antigrippal (46,6%)	Perception favorable du vaccin antigrippal (53,4%)	p value (analyse univariée - test de Khi ² ou Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	15,9%	12,5%	0,27
Mauvaise	30,7%	40,9%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	10,2%	22,7%	0,04
Non	36,4%	30,7%	
Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	19,3%	21,6%	0,92
Non	27,3%	31,8%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	8%	0%	0,004
Favorable	38,6%	53,4%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	40,9%	53,4%	0,02
Pas d'accord	5,7%	0%	
Association			
Effet	36,3%	18,2%	5,9*10⁻⁵
Pas d'effet	8%	30,7%	
Ne sais pas	2,3%	4,5%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	28,4%	33%	0,94
Non	18,2%	20,4%	
Vaccin recommandé chez toutes les ♀ enceintes			
Oui	42%	50%	0,7
Non	4,6%	3,4%	
Installation en libéral			
< 10 ans	26,1%	29,5%	0,94
> 10 ans	20,5%	23,9%	
Lieu d'exercice			
Rural	27,3%	26,1%	0,37
Urbain	19,3%	27,3%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	18,2%	21,6%	0,89
Plusieurs	28,4%	31,8%	
Activité gynécologique			
< 20 %	34,1%	30,7%	0,12
> 20 %	12,5%	22,7%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	28,4%	25%	0,31
Gynécologie	2,3%	6,8%	
Rien	15,9%	21,6%	

Vaccination grippale personnelle			
Oui	5,7%	31,8%	$4,7*10^{-5}$
Non	40,9%	21,6%	
Enfants			
Oui	44,3%	42%	0,03
Non	2,3%	11,4%	

i) Vaccination contre les HPV

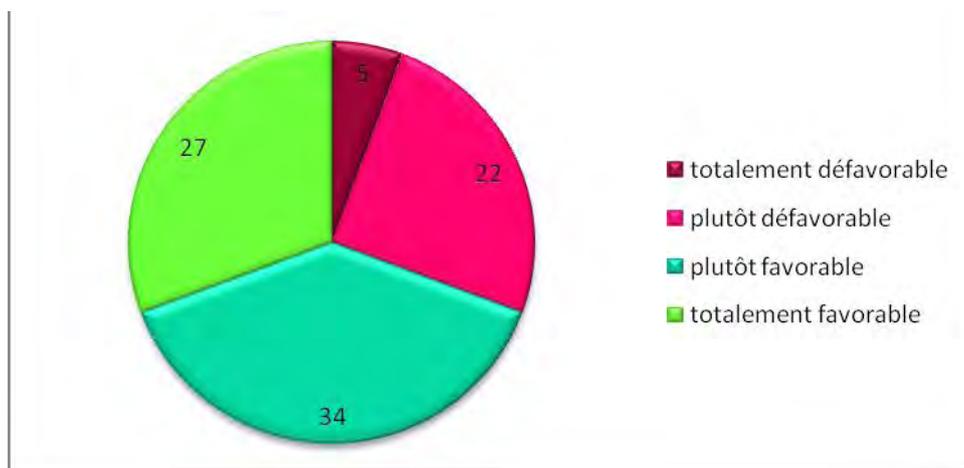


Figure 30 : Perception de la vaccination contre les HPV

Les principaux éléments qui limitent cette vaccination sont :

- Il n'y a pas assez de recul (46%)
- Le lobbying des laboratoires importants sur ces vaccins (28,6%)
- Ce n'est pas une priorité lors de la consultation (21,1%)
- Le manque d'information de ce vaccin (22,2%)
- Les effets secondaires liés aux excipients (17,5%)
- Vaccin trop cher (17,5%)
- Vaccin inutile car toujours besoin du dépistage par frottis (15,9%)
- Les SFL n'y pensent pas (15,9%)
- Pas de confiance dans les recommandations gouvernementales (15,9%)
- Les patientes qui refusent cette vaccination (14,3%)
- Trop de doses de vaccin (6,3%)
- Ce n'est pas le rôle de la SF (4,8%)
- Incite les jeunes filles au sexe plus précocement (3,2%)

Presque toutes les SFL (99%) pensaient que la vaccination contre les HPV était recommandée chez les 11-14 ans.

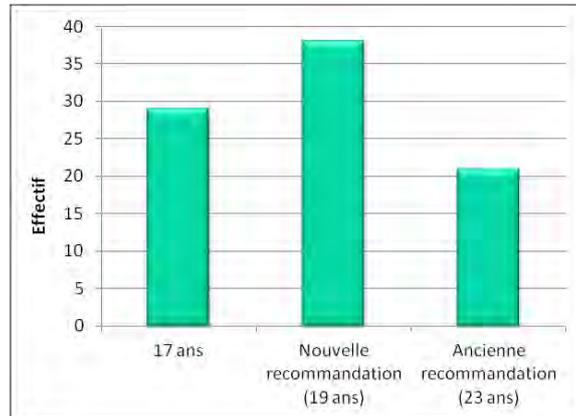


Figure 31 : Âge maximal du rattrapage

Concernant le schéma vaccinal primaire, 60% des sages-femmes pensaient que la vaccination se réalisait en 2 injections à M0 et M6, contre 40% qui pensaient qu'elle avait lieu en 3 temps (soit M0-M1-M6, soit M0-M2-M6).

A propos du contexte de la réalisation de cette vaccination, 85% des SFL pensaient qu'elle devait être réalisée avant le premier rapport sexuel contre 15% qui pensaient que ça n'avait pas d'importance.

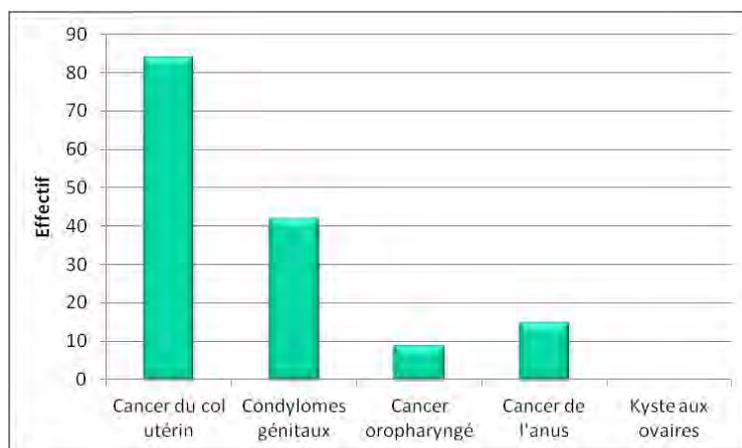


Figure 32 : Concernant l'AMM du vaccin contre les papillomavirus

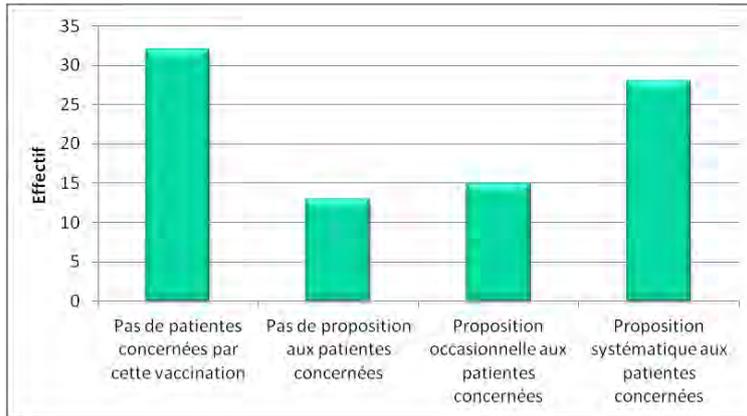


Figure 33 : Pratique de la vaccination aux patientes éligibles

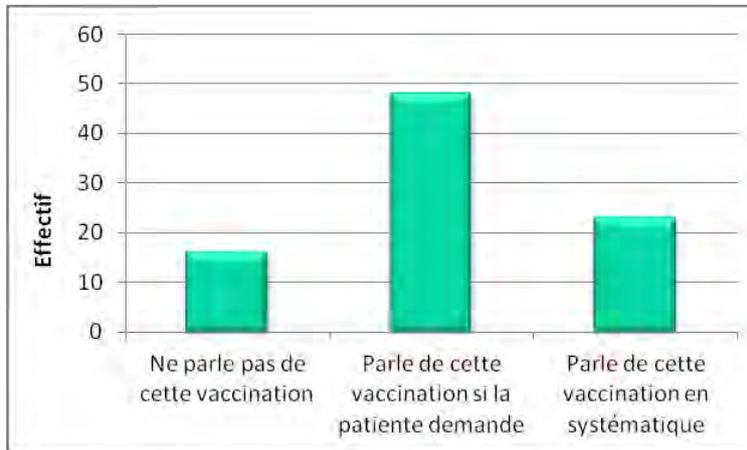


Figure 34 : Discussion auprès des mères ayant des jeunes filles éligibles

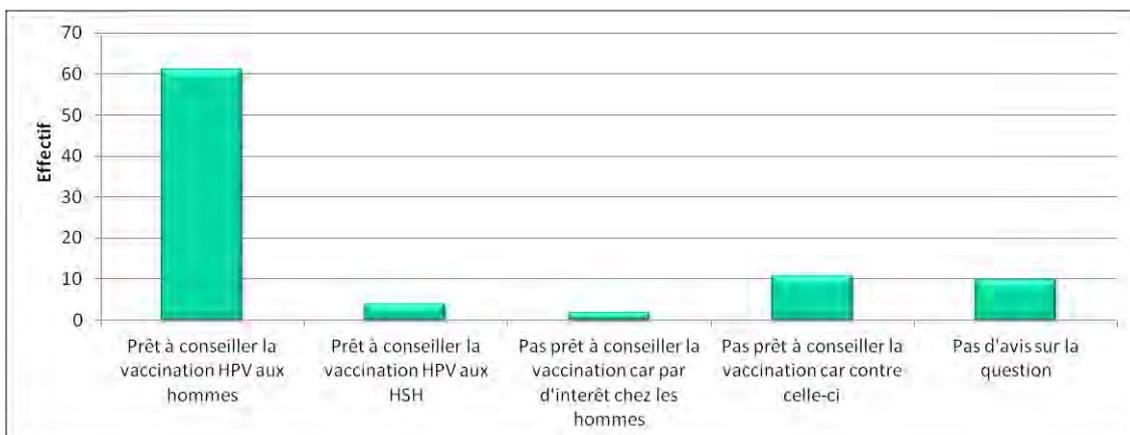


Figure 35 : Vaccination des hommes en cas de nouvelles recommandations

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination contre les HPV a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin anti-HPV (30,7%)	Perception favorable du vaccin anti-HPV (69,3%)	p value (analyse univariée - test de Khi ² ou Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	9,1%	19,3%	0,87
Mauvaise	21,6%	50%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	5,7%	27,3%	0,055
Non	25%	42%	
Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	13,6%	27,3%	0,65
Non	17%	42,1%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	8%	0 0%	0,0001
Favorable	22,7%	69,3%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	25%	39,3%	0,002
Pas d'accord	5,7%	0%	
Association			
Effet	25%	29,6%	0,0007
Pas d'effet	3,4%	35,2%	
Ne sais pas	2,3%	4,5%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	10,2%	51,1%	0,0003
Non	20,5%	18,2%	
Rattrapage possible jusqu'à			
19 ans	6,8%	36,4%	0,008
Autre	23,9%	32,9%	
Installation en libéral			
< 10 ans	14,8%	40,9%	0,34
> 10 ans	15,9%	28,4%	
Lieu d'exercice			
Rural	21,6%	31,8%	0,03
Urbain	9,1%	37,5%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	14,8%	25%	0,29
Plusieurs	15,9%	44,3%	
Activité gynécologique			
< 20 %	21,6%	43,2%	0,46
> 20 %	9,1%	26,1%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	20,5%	32,9%	0,23
Gynécologie	1,1%	8%	
Rien	9,1%	28,4%	

Vaccination grippale personnelle			
Oui	3,4%	34,1%	0,0007
Non	27,3%	35,2%	
Enfants			
Oui	29,5%	56,8%	0,09
Non	1,1%	12,5%	
Vaccination fille HPV			
Oui	1,1%	40,9%	8,3*10 ⁻⁵
Non	21,6%	6,8%	
Pas de fille	8%	21,6%	

j) Vaccination contre l'hépatite B

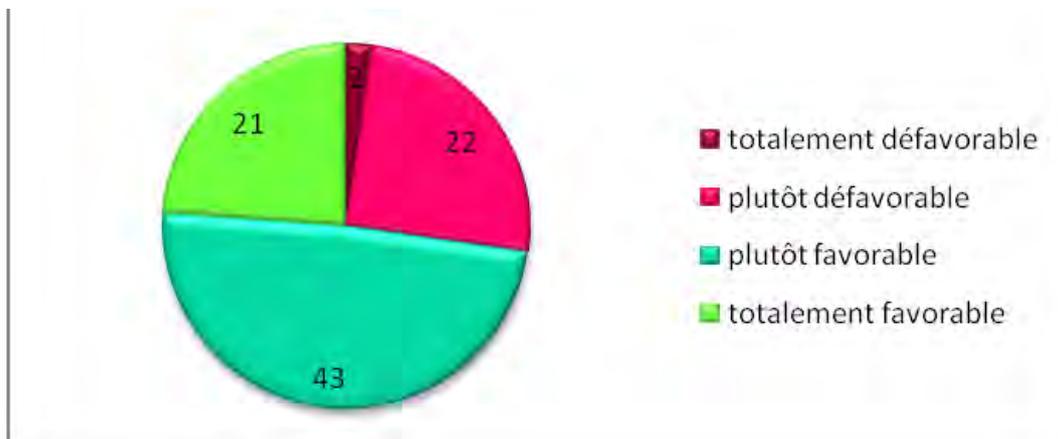


Figure 36 : Répartition de la perception de la vaccination contre l'Hépatite B

L'analyse univariée des facteurs influençant la perception de la vaccination contre l'hépatite B a été résumée dans le tableau suivant par rapport aux 88 répondants :

	Perception défavorable du vaccin contre l'Hep B (27,3%)	Perception favorable du vaccin contre l'Hep B (72,7%)	p value (analyse univariée – test du khi ² ou Fischer)
Formation à la vaccination pendant études			
Bonne	8%	20,4%	0,92
Mauvaise	19,3%	52,3%	
Participation à des formations vaccination			
Oui	9,1%	23,9%	0,96
Non	18,2%	48,8%	

Connaissances nécessaires à la vaccination			
Oui	9,1%	31,8%	0,38
Non	18,2%	40,9%	
Perception générale de la vaccination			
Défavorable	8%	0%	5,45*10⁻⁵
Favorable	19,3%	72,7%	
Vaccination = moyen de prévention collectif			
D'accord	21,6%	72,7%	0,001
Pas d'accord	5,7%	0%	
Association			
Effet	21,6%	33%	0,02
Pas d'effet	4,5%	34,1%	
Ne sais pas	1,1%	5,7%	
Mise à jour vaccinale			
Oui	10,2%	51,2%	0,005
Non	17%	21,6%	
Installation en libéral			
< 10 ans	12,5%	43,2%	0,25
> 10 ans	14,8%	29,5%	
Lieu d'exercice			
Rural	20,4%	33%	0,01
Urbain	6,8%	39,8%	
Nombre de SF dans le cabinet			
Seul	12,5%	27,3%	0,48
Plusieurs	14,8%	45,4%	
Activité gynécologique			
< 20 %	20,4%	44,4%	0,22
> 20 %	6,8%	28,4%	
Compétence supplémentaire			
Médecine alternative	19,3%	34,1%	0,15
Gynécologie	1,1%	8%	
Rien	6,8%	30,7%	
Vaccination grippale personnelle			
Oui	8%	29,5%	0,32
Non	19,3%	43,2%	
Enfants			
Oui	25%	61,4%	0,5
Non	2,3%	11,3%	

Troisième partie

Interprétation des résultats et discussion

I. Biais de l'étude

Le principal biais de cette étude est celui de sélection. En effet, il est probable que les sages-femmes ayant répondu au questionnaire soient celles qui sont le plus intéressées pour donner leur avis sur la vaccination, et probablement les plus favorables à la vaccination au vu des résultats. De plus, le nombre restreint de participants ne nous permet pas d'être statistiquement pertinentes. Nos conclusions seront donc applicables à la population répondante, et ne pourront pas être généralisées à la population entière des SFL.

II. Formation et vaccination globale

Notre étude a pu montrer que les sages-femmes pensaient globalement ne pas avoir les connaissances nécessaires à la vaccination, en partie à cause de la formation initiale jugée insuffisante (36,4%), ou obsolète (35,2%). Néanmoins, il est important de remarquer que malgré leurs connaissances jugées insuffisantes, 67 % des SFL ne réalisent pas de formation. Ce pourcentage élevé peut être le signe de moyens de formations inadaptés aux besoins des SFL, ou d'un intérêt limité quand à la compétence vaccinale de la SF, tout comme le laisse penser le taux assez faible de réponse.

Un espace de discussion leur était réservé afin qu'elles puissent soumettre des idées quant à la manière si ce n'est de les former, au moins de les informer. 50% des SFL ont données leur avis, montrant ainsi leur envie d'information. Les pistes qui ressortaient sont :

- Une formation avec l'assurance de l'absence de conflit d'intérêt des spécialistes vis-à-vis des laboratoires (sous forme de débat, de journée ou de soirée d'information) ;
- La création de plaquettes claires à destination des SF (papier ou mail), actualisées régulièrement ;
- La mise en place d'un carnet vaccinal en relation avec le carnet de grossesse ;
- L'utilisation du principe de e-learning afin de tester ses connaissances et de les réactualiser.

Notre étude a pu montrer que globalement, les SFL ayant répondu au questionnaire sont favorable à la vaccination puisqu'elles sont 92% à être favorables. Ce taux est supérieur à celui de la population générale qui est de 79% (1). Cela pourrait être expliqué par de meilleures informations et une meilleure compréhension qu'en population générale. Le fait

d'être une profession médicale permet également une meilleure sensibilisation. Néanmoins, ce taux est inférieur à celui des médecins généralistes interrogés dans le baromètre santé de 2009 où 97,5 % d'entre eux étaient favorables (47), peut-être à cause d'une vision plus physiologique des patientes.

Nous avons également pu montrer que les connaissances générales restent modestes. En effet, seul 6,8% des SFL ayant répondu n'ont fait aucune faute concernant leur droit de prescription. Concernant les bénéficiaires, 82,4% des SFL ont intégré l'autorisation de vaccination des conjoints. Cependant, l'autorisation vaccinale de l'entourage (qui pour rappel comprend les personnes vivant dans le même domicile que l'enfant ou fréquentant régulièrement ce domicile, ou étant chargées de sa garde régulière en ce lieu) reste beaucoup moins assimilée (<45%), probablement parce que ce droit est très récent, et qu'il y a eu peu de campagnes d'information sur ce dernier.

Concernant la mise à jour vaccinale, seul 81,8% des SFL regardent le carnet de vaccination de leurs patientes, et 62,5% réalisent la mise à jour. Ces chiffres montrent qu'en majorité, les SFL ayant répondu au questionnaire sont sensible à la vaccination de leurs patientes.

Une étude réalisée par une étudiante sage-femme de Metz dans le cadre de son mémoire soulevait le fait que « les sages-femmes appliquent peu leurs compétences en matière de suivi vaccinal » puisque plus de 2/3 d'entre elles ne prescrivaient ni n'administraient de vaccins dans leur exercice professionnel (48). Dans notre étude, cette conclusion peut s'appliquer à certains vaccins (hépatite B, grippe, et HPV) que les sages-femmes perçoivent comme une compétence plus générale que génésique.

Certains facteurs sont significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination :

- Le sentiment que la vaccination n'est pas un moyen de prévention collectif
- L'exercice en milieu rural
- La non mise à jour des patientes
- La non vaccination grippale personnelle

Il est probable que les 2 derniers facteurs soient plutôt la conséquence de cette perception négative.

III. Vaccination coqueluche

La vaccination contre la coqueluche est le vaccin avec la perception favorable la plus importante puisque 96,6% des SFL de l'étude se disent l'être. Cela peut être lié et au fait que la famille proche est l'un des principal vecteur, que cette pathologie est abordée de façon systématique durant la grossesse ou en post-partum, et que ses conséquences sont mises en évidence régulièrement par le réseau Rénacoq.

Les connaissances concernant cette vaccination semblent plutôt mitigées puisque 70,5% des SFL de l'étude connaissent le délai entre deux vaccinations anti-coqueluche, mais seulement 40% des SFL connaissent les nouvelles recommandations concernant l'intervalle de temps à respecter entre une vaccination dTP et dTPCa.

Concernant la pratique, les SFL restent plutôt en retrait, préférant confier cette vaccination aux MT ou encore aux professionnels des hôpitaux où les femmes accoucheront. Il est possible que les sages-femmes libérales soient peu intéressée par cette compétences vaccinale, où qu'elles ne se sentent pas assez à l'aise pour répondre aux questions des patientes. Il apparait, associé au manque de littérature à ce sujet, que notre étude n'ai pas poussé assez loin son évaluation des freins à la vaccination. Cela aurait pu nous aider à comprendre pourquoi les SFL vaccinent peu, même lorsqu'elles ont un avis favorable sur le vaccin.

D'après l'étude, nous n'avons pas pu mettre en avant de facteurs significativement associé à la perception défavorable de cette vaccination. Cependant, cela est certainement associé au nombre très faibles de SFL défavorables.

IV. Vaccination ROR

La vaccination contre ROR reste une vaccination plutôt bien perçue par les SFL de l'étude, puisque seulement 11,4% des SFL se disent plutôt défavorables. Cependant, cette perception favorable reste inférieure à celles des médecins généralistes comme le montre le baromètre santé de 2009 où 96,8% d'entre eux sont favorables à cette vaccination (47). Cette différence peut être expliquée par le fait que beaucoup de patientes ont aujourd'hui reçu leurs deux doses de vaccin, et que les SFL prescrivent donc peu ce dernier

Les connaissances concernant ce vaccin semblent plutôt bonnes, ce qui pourrait être corrélé à la perception assez favorable de cette vaccination.

Les facteurs significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination sont :

- La perception défavorable de la vaccination en générale
- Le sentiment que la vaccination n'est pas un moyen de prévention collectif
- Le sentiment que l'association de plusieurs vaccins entraîne des effets immunitaires
- La non mise à jour des patientes
- La non vaccination grippale personnelle

V. Vaccination Varicelle

La perception de la vaccination contre la varicelle est quant à elle beaucoup moins bonne puisque 58% des SFL de l'étude sont défavorables. Ceci peut être lié au fait que la varicelle est perçue comme une pathologie bénigne et que la population non immunisée est extrêmement faible (< 10%). Cependant, ce pourcentage reste meilleur que pour les médecins généralistes du baromètre santé de 2009 puisque 70,5% d'entre eux ne sont pas favorables à cette vaccination.

Concernant leur pratique, nous avons pu voir qu'elles ne respectaient pas les recommandations de vacciner une patiente ayant une sérologie négative en pré-conceptionnelle dans 55% des cas. Il existe d'ailleurs un lien significatif entre cette pratique et la perception négative de cette vaccination puisque la p-value est de 0,002.

Les facteurs significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination sont :

- La mauvaise formation à la vaccination durant les études
- La perception défavorable de la vaccination en générale
- La non vaccination grippale personnelle
- Le fait d'avoir des enfants

VI. Vaccination Grippe

La perception de la vaccination contre la grippe est mitigée puisque 46,6% des SFL de l'étude sont défavorables. Ceci peut être lié au fait que l'immunité grippale est provisoire, que le vaccin ne semble pas assez efficace et que la grippe reste vue comme une pathologie plutôt bénigne, notamment pour les patientes.

Seul 38 % des sages-femmes de l'étude réalisent la vaccination antigrippale, que ce soit annuellement (22%) ou non (16%). Ce pourcentage est très inférieur à celui des médecins du baromètre santé de 2009 où ils étaient 74,8% à se faire vacciner. Cette disparité pourrait être expliquée par le côtoiement plus régulier des MT avec des patients atteints de la grippe que les SF.

La grande majorité des SFL de l'étude connaissent la recommandation de la vaccination de la femme enceinte, cependant, on peut voir que 11,4% des SFL de l'étude ne vaccinent que sur facteur de risque et 35,2% ne vaccinent ni ne recommandent cette vaccination, contrairement aux recommandations. Il existe un lien significatif entre la perception négative de cette vaccination et sa pratique puisque la p-value est $< 0,001$.

Les facteurs significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination sont :

- La non participation à des formations
- La perception défavorable de la vaccination en générale
- Le sentiment que la vaccination n'est pas un moyen de prévention collectif
- Le sentiment que l'association de plusieurs vaccins entraîne des effets immunitaires
- La non vaccination grippale personnelle
- Le fait d'avoir des enfants

VII. Vaccination HPV

La perception de cette vaccination est médiocre puisque 37% des SFL de l'étude sont défavorables. Ceci peut être expliqué par le manque de recul sur cette vaccination (commercialisée depuis novembre 2006), et le besoin de continuer le dépistage par des FCU.

Néanmoins, il est étonnant de noter que malgré une perception mitigée de la vaccination HPV des jeunes filles, 69,3% des SFL seraient prêtes à recommander cette vaccination à tous les hommes si de nouvelles recommandations sortaient.

Les nouvelles recommandations du vaccin contre les HPV semblent ne pas être connues puisque 85% des SFL de l'étude continuent à prescrire la vaccination en fonction de l'âge des premiers rapports sexuels de la patiente, et 40% pensent que la vaccination des 11-14 ans se fait encore en 3 injections.

Concernant leur pratique, les SFL de l'étude disent n'avoir que peu de patientes éligibles à cette vaccination, ce qui pourrait être lié au manque de connaissance. En grande majorité, elles ne parlent de cette vaccination aux mères que si cette dernière leur pose la question. Il aurait été intéressant de demander le nombre de mères posant la question afin de savoir si les patientes considèrent leur SFL comme une personne ressource au sujet de cette vaccination, ou si elles préfèrent avoir des renseignements auprès du médecin suivant leurs filles.

Les facteurs significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination sont :

- La perception défavorable de la vaccination en générale
- Le sentiment que la vaccination n'est pas un moyen de prévention collectif
- Le sentiment que l'association de plusieurs vaccins entraîne des effets immunitaires
- La non mise à jour vaccinale des patientes
- La mauvaise connaissance de cette vaccination
- L'exercice rural
- La non vaccination grippale personnelle
- La non vaccination HPV de ses filles

VIII. Vaccination Hépatite B

La perception de la vaccination contre l'hépatite B est mitigée puisque 27,3% des SFL de l'étude y sont défavorables.

Les facteurs significativement en corrélation avec la perception négative de la vaccination sont :

- La perception défavorable de la vaccination en générale
- Le sentiment que la vaccination n'est pas un moyen de prévention collectif
- Le sentiment que l'association de plusieurs vaccins entraîne des effets immunitaires
- La non mise à jour vaccinale des patientes
- L'exercice rural

IX. Résumé et piste d'amélioration

On peut voir que contrairement à notre hypothèse de départ, les sages-femmes libérales ayant répondu au questionnaire sont globalement favorables à la vaccination. On peut noter que les vaccins contre la varicelle, la grippe et les HPV sont les plus controversés.

Notre étude n'a pas démontré que la pratique de médecines alternatives avait une influence sur les perceptions et pratiques des SFL.

Il semble néanmoins apparaître qu'un niveau de connaissance plus élevé en matière de vaccination serait associé à une meilleure perception de la vaccination.

Il apparaît également qu'une perception défavorable d'une vaccination peut entraîner des pratiques non conforme aux recommandations vaccinales.

Avec l'élargissement de son champ compétence en matière de vaccination (vaccination possible de l'entourage des femmes enceintes, nouveaux vaccins accessibles à la prescription), la sage-femme a un rôle de plus en plus important dans la santé des femmes. Il nous semble important qu'elle puisse être une personne ressource face aux questionnements de ses patientes au sujet de la vaccination.

Pour cela, il est nécessaire que les SFL aient des connaissances actualisées sur chaque vaccin qu'elles sont amenées à utiliser (recommandations, schéma vaccinal ...), ainsi que sur leurs droits (prescription, bénéficiaire ...).

Au vu du taux déclaratif faible de SFL participant à des formations, il semble que les modalités de formation ne soient pas adaptées. Cela peut venir du fait que ça oblige à prendre du temps personnel pour se former sur un sujet qui reste peu apprécié (comme le suggère le taux faible de réponse).

Plusieurs axes d'améliorations pourraient être explorés afin d'améliorer la prise en charge vaccinale des patientes, notamment en périnatalité.

- Axe 1 : Il semble que les formations initiales à propos de la vaccination restent insuffisante pour beaucoup de sages-femmes. Il pourrait donc être profitable de réaliser plus d'heure de formation à la vaccination durant les études. Ces séances pourraient être plus interactives afin que chaque étudiant puisse débattre de ses idées préconçues.
- Axe 2 : Il pourrait aussi être bénéfique de réaliser des formations conjointes entre étudiants et professionnels afin d'échanger sur les nouvelles recommandations (souvent plus connues des étudiants/jeunes diplômés) et les confronter avec les cas pratiques que les sages-femmes ont déjà eu à traiter.
- Axe 3 : Des plaquettes concises et claires, ainsi que des affiches pourraient être imprimées, et mises à disposition des patientes dans les salles d'attente. Cela pourrait entraîner un début de dialogue avec les SFL, et ainsi améliorer l'information du grand public. A noter que des outils (affiches, plaquettes) sont disponibles gratuitement sur le site de l'Inpes avec notamment son affiche "planète vaccination – 2015" qui fait le tour des principaux vaccins.
- Axe 4 : Un site de e-learning pourrait être élaboré afin que les SF puissent évaluer leurs connaissances, et se perfectionner sur les vaccins qu'elles ne maîtrisent pas.
- Axe 5 : Une vérification du statut vaccinal des patientes devrait être systématique, avec sa mise à jours quand cela est possible, et celle de leur entourage (ce qui n'est pas encore le cas d'après notre étude). Pour cela une utilisation des carnets de vaccinations disponibles gratuitement sur le site de l'Inpes [Annexe IV] pourrait être proposée au moment de la consultation préconceptionnelle, ou encore en cours de grossesse afin de faire le point avec la patiente et son conjoint, et réaliser/prévoir les vaccins manquants. Il pourrait également être inclus dans le carnet de santé maternité qui doit normalement être distribué à toutes les femmes enceintes. Ainsi, il pourrait suivre la patiente et être complété par chaque professionnel concerné.

Néanmoins, un carnet papier s'égarant facilement, un carnet de vaccination électronique (CVE) pourrait lui être substitué. Le site internet <http://www.mesvaccins.net> permet à tout le monde de créer son propre CVE, et son accessibilité permettrait une meilleure surveillance du statut vaccinal des patientes et de leur entourage.

- Axe 6 : Il faudrait faire connaître les centres de vaccination régionaux dès l'école de sage-femme, puis durant les formations. En effet, ceux-ci sont disponibles pour tout renseignement et organisent régulièrement des formations, notamment au moment de la semaine de la vaccination (généralement en Avril). Il est donc important de pouvoir communiquer facilement avec eux (numéro de téléphone facilement accessible dans le cabinet ...)

Conclusion

La vaccination est, de façon certaine, un enjeu de santé publique dans le monde actuel. Cependant, comme nous vous l'avons expliqué, ce sujet reste très sensible en France avec de nombreuses controverses, et un calendrier vaccinal très labile rendant sa compréhension parfois compliquée.

Avec notre étude, nous avons pu constater que les SFL des Pays de la Loire ayant répondu au questionnaire connaissaient mal leurs compétences vaccinales, et par conséquent les utilisaient peu, malgré une perception globalement positive. Il est également ressorti qu'une perception personnelle défavorable pouvait avoir des conséquences dans la pratique quotidienne des SF.

C'est pour cela qu'il nous semble essentiel de rendre la politique vaccinale la plus claire et accessible afin que les messages délivrés soient le plus adaptés possible à chaque patient. Ainsi, il est primordial que chaque professionnel de santé s'informe et se forme de façon régulière, et que la communication autour de la vaccination soit plus uniforme et accentuée.

La place privilégiée de la sage-femme en périnatalité en fait un acteur important en termes de prévention et d'actualisation vaccinale. L'extension de ses compétences lui permet également d'augmenter son pouvoir préventif auprès d'une population plus jeune (nourrissons, adolescents). La grossesse reste un moment propice pour faire le point sur les vaccinations des femmes et de leur partenaire, d'ouvrir le dialogue et de répondre à leurs interrogations.

Références Bibliographiques

1. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Vaccins et vaccinations [Internet] Août 2015. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/vaccins-et-vaccinations>
2. Vacc.info. Histoire de la vaccination [Internet]. Avril 2015 [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination>
3. Pierre Salion, Vaccinologue, GISPE. Modes d'action et classification des vaccins : définition de la vaccinologie [Internet]. Développement et santé. Avril 2009 [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <https://devsante.org/articles/modes-d-action-et-classification-des-vaccins-definition-de-la-vaccinologie>
4. Dr Miloudi. Le système du complément [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/immuno3an-systeme_complement2016.pdf
5. Futura. Système immunitaire [Internet]. Futura. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-systeme-immunitaire-2722/>
6. Daniel Floret, Didier Torny. Les vaccinations. Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) n° 71. Juin 2010.
7. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Vaccins et vaccinations [Internet] Août 2015. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/vaccins-et-vaccinations>
8. Vaccination-info-service. Excipient [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://vaccination-info-service.fr/Glossaire/Excipient>
9. Mandal J-L. Excipients du vaccin [Internet]. News-Medical.net. 2012 [cité 18 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.news-medical.net/health/Vaccine-Excipients-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Vaccine-Excipients-(French).aspx)
10. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet] Préserver sa santé - Vaccination. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/>
11. Haute Autorité de Santé. Recommandation de la commission technique des vaccination : Procédures d'élaboration. Mai 2017 [cité 2 janv 2018].
12. Direction générale de la Santé, Comité Technique des Vaccination. Elaboration de la politique vaccinale. Disponible sur : Guide des vaccinations, p. 331, Edition 2012.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet] Préserver sa santé - Vaccination. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/>

14. Décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code. 2006-1260 oct 14, 2006.
15. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-743. Journal officiel de la république française. Juin 2016.
16. Code de la Santé Publique. Article L4151-1. 26 Janvier 2016
17. Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 25 septembre 2017. / Points d'actualités / Rougeole / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Septembre 2017. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-25-septembre-2017>
18. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Vaccin ROR [Internet]. 2017 [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=17
19. Grimprel E, Bassinet L. Formes cliniques de la coqueluche : du nourrisson à l'adulte [Internet]. Médecine thérapeutique / Pédiatrie, Vol. 9, n° 3, page 138-146. Mai-Juin 2006. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/mtp-270359-formes_cliniques_de_la_coqueluche_du_nourrisson_a_ladulte--WktyKn8AAQEAAACXiMNYAAAAD-a.pdf
20. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Vaccin Coqueluche [Internet]. 2016 [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=17
21. Macé G, Gallot V, Vauloup-Fellous C, Picone O. Varicelle pendant la grossesse : mise au point [Internet]. 4 sept 2008 [cité 2 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/138329>
22. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Vaccin Varicelle [Internet]. 2017 [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=17
23. Jackson LA, Patel SM, Swamy GK, Frey SE, Creech CB, Munoz FM, et al. Immunogenicity of an Inactivated Monovalent 2009 H1N1 Influenza Vaccine in Pregnant Women. J Infect Dis. 15 sept 2011;204(6):854- 63.
24. Organisation Mondiale de la Santé. Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale. Innocuité de la vaccination pendant la grossesse : examen des données factuelles. 2014
25. Moro PL, Broder K, Zheteyeva Y, Walton K, Rohan P, Sutherland A, et al. Adverse events in pregnant women following administration of trivalent inactivated influenza vaccine and live attenuated influenza vaccine in the Vaccine Adverse Event Reporting System, 1990-2009. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 févr 2011;204(2):146.e1-146.e7.
26. Tamma PD, Ault KA, Rio C del, Steinhoff MC, Halsey NA, Omer SB. Safety of influenza vaccination during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 déc 2009;201(6):547- 52.

27. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Vacciner la femme enceinte contre la grippe : protéger la mère, protéger l'enfant à naître. [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/vacciner-la-femme-enceinte-contre-la-grippe-protoger-la-mere-protoger-lenfant-a-naitre/>
28. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus: ce qu'il faut retenir [Internet]. Février 2017 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
29. HCSP. Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains - Rapport. Février 2017
30. Hervé Bazin. Histoire des vaccinations. John Libbey Eurotext; 474 p. 2008.
31. Inserm. Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, 1921-1970 [Internet]. [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/151/?sequence=12>
32. Latrive F. Le labo GSK reconnu responsable d'une sclérose en plaques [Internet]. Libération.fr. Juin 2009 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2009/06/25/le-labo-gsk-reconnu-responsable-d-une-sclerose-en-plaques_566908
33. Libération. Une malade de la sclérose en plaques reçoit 2,4 millions d'euros d'indemnisation [Internet]. Libération.fr. Août 2014 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2014/08/13/une-malade-de-la-sclerose-en-plaque-recoit-24-millions-d-euros-d-indemnisation_1080153
34. Groupe Vaccination et Prévention – Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française. Vaccination anti-hépatite B et sclérose en plaques : Les données scientifiques, nombreuses et robustes, ne montrent pas de lien [Internet]. 2016 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/fiches-polemiques-vaccinales/fiche-gvp-vaccination-hbv-et-sep-20160522.pdf>
35. L'express. Vaccin contre l'hépatite B: la justice conclut l'enquête par un non-lieu [Internet]. L'Express.fr. Mars 2016 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/vaccin-contre-l-hepatite-b-la-justice-conclut-l-enquete-par-un-non-lieu_1773276.html
36. KERRAD Fatiha. La vaccination en France : Craintes et polémiques. Université de Lille 2. 2011.
37. Sénécat A. Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques : non, la justice européenne n'a pas reconnu le lien. [Internet]. Le Monde.fr. 12 juill 2017 [cité 18 nov 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/07/12/vaccin-contre-l-hepatite-b-et-sclerose-en-plaques-non-la-justice-europeenne-n-a-pas-reconnu-le-lien_5159670_4355770.html
38. Thibault M. Vaccins et autisme, une controverse qui dure depuis près de 20 ans [Internet]. Europe 1. 24 Juillet 2017 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur:

<http://www.europe1.fr/sport/vaccins-et-autisme-une-controverse-qui-dure-depuis-pres-de-20-ans-3396668>

39. Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. Autism Occurrence by MMR Vaccine Status Among US Children With Older Siblings With and Without Autism. *JAMA*. 21 avr 2015;313(15):1534- 40.
40. Grippe A : questions sur le vaccin [Internet]. La Mutualité Française. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/Grippe-A-questions-sur-le-vaccin/>
41. Vaccins pandémiques grippe A (H1N1) et narcolepsie : Mise à jour de l'information sur les dernières données scientifiques- Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccins-pandemiques-grippe-A-H1N1-et-narcolepsie-Mise-a-jour-de-l-information-sur-les-dernieres-donnees-scientifiques-Point-d-information>
42. Wijnans L, Lecomte C, de Vries C, Weibel D, Sammon C, Hviid A, et al. The incidence of narcolepsy in Europe: Before, during, and after the influenza A(H1N1)pdm09 pandemic and vaccination campaigns. *Vaccine*. 6 févr 2013;31(8):1246- 54.
43. Koeck J-L. Gardasil : après 7 ans de suivi, le rapport bénéfice/risque est en faveur de la vaccination. [Internet]. MesVaccins.net. Avril 2014 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/5344-gardasil-apres-7-ans-de-suivi-le-rapport-benefice-risque-est-en-faveur-de-la-vaccination>
44. ANSM. Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique - Rapport final. 2013.
45. Agence nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information. [Internet]. Septembre 2015 [cité 2 janv 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
46. Bournot M-C, Goupil M-C, Mouret D, Tallec A, Tuffreau F, ORS Pays de la Loire. La santé observée/Santé Pays de la Loire/Sages-femmes [Internet]. Décembre 2016 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/sages-femmes>
47. Inpes. Baromètre santé médecins généralistes. p. 87- 118. 2009
48. Demange D. Vaccination : piqûre de rappel d'une compétence de la sage-femme en périnatalité. Mémoire de fin d'étude de sage-femme. 2013.

4.5 Tableau 2017 des vaccinations en milieu professionnel à l'exclusion des vaccinations recommandées en population générale, pour les voyageurs, pour les militaires ou autour de cas de maladies

Domaine concerné	Professionnels concernés	Vaccinations obligatoires (Obl) ou recommandées (Rec) selon les professions exercées												
		BCG	D T P	Coqueluche	Grippe saison.	Hépatite A	Hépatite B	Leptospirose	Rage	Rougeole (vaccin ROR)	Typhoïde	Varicelle	FJ	IIM
Santé	Étudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques	Obl	Obl	Rec	Rec									
	Professionnels des établissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991) dont les services communaux d'hygiène et de santé	Obl (si exposés)	Obl	Rec	Rec		Obl (si exposés)		Rec (y compris si nés avant 1980, sans ATCD)		Rec (sans ATCD, séronégatif)			
	Professionnels libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins		Rec	Rec	Rec									
	Personnels des laboratoires d'analyses médicales exposés aux risques de contamination : manipulant du matériel contaminé ou susceptible de l'être (cf. chap. 2.12 et 2.15)	Obl	Obl				Obl (si exposés)		Rec (si exposés)		Obl (si exposés)			
	Personnel de laboratoire exposé au virus de la fièvre jaune : cf. chap 2.3	Obl	Obl				Obl (si exposés)					Rec		
Secours	Personnel de laboratoire de recherche travaillant sur le méningocoque: cf. chap 2.9	Obl	Rec											Rec
	Personnels des entreprises de transport sanitaire	Obl	Obl		Rec		Obl (si exposés)							
	Personnels des services de secours et d'incendie (SDIS)	Obl	Obl				Obl (si exposés)							
	Secouristes		Rec			Rec								

Obl = obligatoire Rec = recommandé Exposés = exposés à un risque professionnel évalué par médecin du travail ATCD = antécédents
 FJ = Fièvre jaune IIM = Infection invasive à méningocoque

Annexe II

RENACQ	>03/96	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Suivi des tendances*																				
< 17 ans	198	391	133	268	466	249	127	97	255	333	226	118	120	299	157	234	472	428	239	128
< 3 mois	33%	32%	41%	37%	41%	43%	49%	49%	50%	51%	46%	49%	44%	30%	31%	42%	32%	36%	29%	32%
Cas de moins de 6 mois documenté par une fiche pédiatrique																				
Nombre	184	338	181	192	277	121	63	59	100	173	132	62	56	83	49	89	200	165	84	47
Cas cliniques	31%	25%	28%	13%	7%	6%	11%	5%	4%	1%	1%	0%	2%	1%	2%	2%	1%	1%	1%	1%
Cas biologiques	66%	70%	67%	85%	92%	93%	89%	95%	96%	99%	99%	100%	98%	99%	98%	98%	100%	100%	100%	100%
Cas épidémiologiques	3%	6%	5%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Sexe	H/F	45%	49%	51%	53%	45%	46%	51%	54%	45%	47%	47%	52%	52%	51%	51%	54%	50%	54%	53%
Cas documentés < 3 mois	59%	58%	60%	59%	65%	64%	65%	66%	79%	74%	77%	79%	54%	61%	49%	70%	64%	68%	69%	66%
Biologie																				
Culture	Demandée	86%	85%	77%	66%	55%	44%	63%	64%	66%	52%	69%	52%	49%	45%	51%	44%	42%	39%	36%
	Positive	34%	41%	35%	35%	38%	43%	43%	67%	64%	62%	44%	52%	51%	55%	64%	59%	58%	70%	47%
PCR	Demandée	47%	81%	61%	89%	90%	90%	97%	97%	90%	98%	100%	98%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%
	Positive	93%	88%	79%	95%	93%	96%	96%	96%	98%	97%	100%	96%	99%	98%	100%	99%	99%	100%	100%
Sérologie	Demandée	27%	23%	24%	16%	12%	14%	19%	8%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	2%	2%	2%	2%
	Séroconversion	60%	58%	68%	48%	76%	25%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Description clinique																				
Quintes		99%	96%	98%	96%	87%	84%	85%	92%	83%	72%	67%	81%	75%	83%	80%	72%	72%	69%	62%
Toux de plus de 21 jours		92%	90%	90%	87%	86%	86%	73%	77%	74%	74%	52%	57%	63%	68%	65%	72%	58%	67%	62%
Hospitalisation	En réanimation	16%	17%	18%	17%	24%	14%	16%	13%	12%	16%	17%	21%	18%	11%	27%	23%	30%	20%	38%
Décès		1%	1%	1%	2%	3%	2%	0%	7%	1%	3%	2%	0%	0%	0%	1%	1%	3%	1%	0%
Présence d'un contaminateur																				
Type de contaminateurs	Parents	44%	56%	53%	55%	60%	53%	72%	67%	58%	54%	65%	70%	48%	52%	61%	63%	67%	57%	56%
	Fratine	35%	27%	27%	22%	22%	25%	4%	17%	23%	16%	13%	13%	21%	22%	27%	27%	20%	40%	40%
	Grand-parents	21%	17%	20%	18%	14%	19%	24%	16%	18%	28%	22%	17%	31%	26%	13%	9%	19%	20%	4%
	Autres	0%	0%	0%	5%	3%	3%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Inconnu	160	295	158	156	236	101	42	85	117	110	54	49	59	35	72	165	121	66	33
Statut vaccinal recueilli dans le carnet de sante	0 dose	73%	77%	75%	76%	81%	81%	86%	74%	79%	81%	89%	73%	71%	71%	76%	69%	71%	70%	64%
	1 dose	21%	17%	20%	19%	14%	14%	14%	12%	11%	15%	7%	24%	24%	26%	19%	19%	21%	23%	24%
	2 doses	6%	5%	3%	5%	4%	5%	0%	7%	6%	5%	4%	2%	5%	3%	3%	8%	5%	8%	3%
	3 doses	1%	0%	2%	0%	1%	0%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	2%	0%	0%

* Pour tenir compte des changements de surveillance depuis 1996, ont été retenus pour suivre les tendances les cas de coqueluche confirmés bactériologiquement pour les moins de 17 ans déclarés au moins par les laboratoires et pour les moins de 6 mois déclarés par les pédiatres seuls

Mémoire ESF Nantes : Connaissance, pratique et perception de la vaccination

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un questionnaire auprès de l'ensemble des sages-femmes libérales des Pays de la Loire. La durée totale du questionnaire est de 7 à 10 minutes.

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des connaissances et de la pratique de la vaccination par les sages-femmes libérales, et de comprendre quels peuvent en être les freins.

La vaccination est un problème de santé publique. En effet, une couverture vaccinale insuffisante entraîne une recrudescence de certaines pathologies telles que la coqueluche ou la rougeole.

Je tiens à vous préciser que le fonctionnement de "Google Form" permet de garantir un anonymat total puisqu'il ne récupère pas les adresses mail.

Ce mémoire est sous la direction du Dr Valérie Briend-Godet, Médecin au centre de vaccinations de Nantes.

Je vous remercie par avance pour votre participation,

Julie Bagot - Etudiante sage-femme en M1 à Nantes

*Obligatoire

A propos de votre formation sur la vaccination

1. Avez- vous été formé(e) à la vaccination pendant vos études ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, très bien
- Oui, partiellement
- Oui, mais les recommandations ont totalement changé
- Non, pas trop
- Non, pas du tout

2. Comment vous formez-vous à propos de la vaccination ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Internet
- Plaquette d'information Livres
- et revues scientifiques
- auprès de vos collègues
- Formation médicale continue
- Autre : _____

3. **Si vous avez coché "internet" à la question précédente, pouvez-vous m'indiquer quels sites vous utilisez ?**

4. **Participez-vous à des formations sur la vaccination depuis que vous êtes sage-femme libérale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, chaque année
- Oui, tous les 3-4 ans
- Oui, tous les 5-10 ans
- Non, jamais

5. **Devant une patiente, comment vous renseignez-vous en cas de doute sur la vaccination ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Internet
- Plaquette d'information Livres et revues scientifiques
- Questionnement aux collègues
- Appel au centre de vaccination de mon département
- Autre : _____

6. **Si vous avez coché "internet" à la question précédente, pouvez-vous m'indiquer quels sites vous utilisez ?**

7. **Pensez-vous avoir les connaissances nécessaires à la vaccination ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. **Si non, comment souhaiteriez-vous être formé(e) / informé(e) ?**

9. Vers qui pouvez-vous vous tourner pour avoir ces formations / informations ? *

Plusieurs réponses possibles.

- La CNAM
- Le conseil de l'ordre des sages-femmes Le
- réseau sécurité naissance
- Le centre de vaccination de mon département
- Je ne sais pas
- Autre : _____

10. Lors de la semaine de la vaccination, une soirée est coordonnée dans chaque département par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) *

Une seule réponse possible.

- Je reçois l'invitation, et j'y vais chaque année
- Je reçois l'invitation, et j'y vais de temps en temps
- Je reçois l'invitation, mais je n'y vais pas
- Je ne reçois pas l'invitation, mais j'y vais quand même Je
- n'étais pas au courant

Perception de la vaccination générale

11. Globalement, je suis : *

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable à la vaccination
- Plutôt favorable à la vaccination
- Plutôt défavorable à la vaccination
- Totalement défavorable à la vaccination

12. Pensez-vous que la vaccination soit un moyen préventif collectif efficace ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt d'accord
- Non, plutôt pas d'accord
- Non, pas du tout

13. **Pour vous, l'association de vaccins peut entraîner : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Une surstimulation du système immunitaire
- Un affaiblissement du système immunitaire
- L'apparition de maladies auto-immunes
- Il n'y a pas de risque à associer plusieurs vaccins
- Autre : _____

Connaissances sur la vaccination générale

14. **En tant que sage-femme, j'ai le droit de prescrire les vaccins contre : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Rougeole - Oreillons - Rubéole
- Fièvre jaune
- Hépatite A
- Hépatite B
- Diphtérie - Tétanos - Polyomyélite
- Coqueluche
- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type B
- Grippe
- Infection invasive à méningocoque
- Varicelle
- Papillomavirus
- Tuberculose

15. **En tant que sage-femme, mon droit de prescription dans le domaine de la vaccination concerne : ***

Plusieurs réponses possibles.

- La patiente
- Le conjoint
- La fratrie
- Les grands-parents, qui viennent 2 à 3 fois par an
- L'oncle présent chaque week-end
- Les amis
- La baby-sitter régulière

16. **Pouvez-vous citer les vaccins obligatoires et recommandés dans la population générale ?**

*

Une seule réponse possible par ligne.

	Obligatoire	Recommandé	Ni l'un, ni l'autre
dTP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ROR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varicelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grippe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pratique sur la vaccination générale

17. **Demandez-vous à voir le carnet de santé de vos patientes ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
- Parfois
- Non, jamais

18. **Concernant la mise à jour vaccinale de vos patientes : ***

Une seule réponse possible.

- Je la propose en systématique
- Je la propose souvent
- Je la propose rarement Je
- ne la propose jamais

19. **Lorsque vous ne vaccinez pas vos patientes, que leur proposez-vous ?**

Plusieurs réponses possibles.

- L'homéopathie La
- naturopathie
- L'acupuncture
- L'immunisation par la maladie
- Des conseils hygiéno-diététiques
- Aucune alternative particulière
- Autre : _____

PARTIE 2 : A propos de la vaccination contre la coqueluche

Perception

20. Concernant la vaccination contre la coqueluche je suis : *

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Totalement défavorable

21. Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination contre la coqueluche auprès de vos patientes ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- Il n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme ...)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

Connaissances

22. Il existe un vaccin monovalent contre la coqueluche *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

23. **Quel est le délai minimum à attendre entre une injection de dTP et une injection de dTPCa, dans le cadre d'un rattrapage de la coqueluche ***

Une seule réponse possible.

- 1 mois
 6 mois
 1 an
 2 ans
 5 ans

24. **Dans le cadre du cocooning, on ne revaccine une personne de plus de 25 ans contre la coqueluche, que si son dernier vaccin remonte à : ***

Une seule réponse possible.

- 3 ans
 5 ans
 10 ans

Pratique

25. **Vaccinez-vous vos patientes contre la coqueluche dans le cadre du cocooning ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
 Oui, parfois
 Non, jamais

26. **Vaccinez-vous les conjoint(e)s de vos patientes contre la coqueluche dans le cadre du cocooning ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
 Oui, parfois
 Non, jamais

PARTIE 3 : A propos de la vaccination contre ROR

Perception

27. **Concernant la vaccination ROR je suis : ***

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
 Plutôt favorable
 Plutôt défavorable
 Totalement défavorable

28. **Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination ROR auprès de vos patientes ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- Il n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop de doses de vaccin
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

Connaissances

29. **La vaccination est possible durant la grossesse ***

Une seule réponse possible.

- Oui, sans problème
- Oui, mais ce n'est pas recommandé
- Non, pas du tout

30. **La vaccination est possible en cas d'allaitement ***

Une seule réponse possible.

- Oui, sans problème
- Oui, dans certaines situations
- Non, pas du tout

Pratique

31. **Je reçois une patiente en consultation pré-conceptionnelle. Elle a reçu 2 doses du vaccin ROR, mais sa sérologie est toujours négative. ***

Une seule réponse possible.

- Je la vaccine
- Je ne la vaccine pas

32. **Proposez-vous la vaccination ROR en consultation pré-conceptionnelle à une patiente qui n'a jamais été vaccinée, ou qui n'a reçu qu'une seule dose ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, tout le temps
- Oui, quand j'y pense
- Non, jamais

PARTIE 4 : A propos de la vaccination contre la varicelle

Perception

33. **Concernant la vaccination contre la varicelle je suis : ***

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Totalement défavorable

34. **Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination contre la varicelle auprès de vos patientes ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- Il n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme ...)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

Connaissances

35. **Combien de temps faut-il attendre entre la vaccination contre la varicelle et le début d'une grossesse ? ***

Une seule réponse possible.

- 6 mois
- 3 mois
- 1 mois
- La vaccination est possible pendant la grossesse

36. **La vaccination est possible en cas d'allaitement ***

Une seule réponse possible.

- Oui, sans problème
- Oui, dans certaines situations
- Non, pas du tout

Pratique

37. **Je reçois une patiente en consultation pré-conceptionnelle. Elle n'a jamais fait de varicelle dans l'enfance, et sa sérologie est négative. ***

Une seule réponse possible.

- Je la vaccine en systématique
- Je ne la vaccine pas

PARTIE 5 : A propos de la vaccination contre la grippe

Perception

38. **Concernant la vaccination antigrippale je suis : ***

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Totalement défavorable

39. Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination antigrippale auprès de vos patientes ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Ce n'est pas le rôle de la sage-femme
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- Il n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme ...)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

Connaissances

40. La vaccination contre la grippe est possible durant la grossesse *

Une seule réponse possible.

- Oui, quelque soit le terme
- Oui, à partir du 2ème trimestre
- Non

41. Ce vaccin est recommandé chez toutes les femmes enceintes *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

42. Il existe une forte recommandation de vaccination pour : *

Plusieurs réponses possibles.

- L'entourage des femmes enceintes
- L'entourage de tous les nourrissons
- L'entourage des nourrissons à risques

Pratique

43. Vaccinez-vous les femmes enceintes contre la grippe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
- Oui, si elles ont des facteurs de risque
- Non, mais je leur conseille
- Non, jamais

PARTIE 6 : A propos de la vaccination contre l'HPV

44. Concernant la vaccination contre l'HPV je suis : *

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Totalement défavorable

45. Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination contre l'HPV auprès de vos patientes ?

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Ce n'est pas le rôle de la sage-femme
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- Il n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop de doses de vaccin
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme ...)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Ce vaccin est inutile car il n'enlève pas le dépistage par frottis
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ça incite les jeunes filles à avoir des rapports sexuels plus tôt
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

Connaissances

46. **Le vaccin contre l'HPV est recommandé chez toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

47. **Je vois une patiente de 13 ans. Elle souhaite que je réalise la vaccination contre le papillomavirus, je lui propose donc le schéma vaccinal suivant : ***

Une seule réponse possible.

- 0 - 6 mois
 0 - 1 - 6 mois
 0 - 2 - 6 mois

48. **Un rattrapage est possible jusqu'à : ***

Une seule réponse possible.

- 17 ans révolus
 19 ans révolus
 23 ans révolus

49. **Le vaccin doit-être réalisé avant le 1er rapport sexuel, ou dans l'année qui suit ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

50. **Ce vaccin a une AMM contre : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Les condylomes génitaux
 Les kystes aux ovaires
 Les cancers du col utérin
 Les cancers de l'anus
 Les cancers oropharyngés

Pratique

51. **Proposez-vous ce vaccin chez les jeunes filles en âge d'être vaccinées ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, je le propose toujours
 Oui, je le propose parfois
 Non, je ne le propose jamais
 Je n'ai pas de patiente en âge d'avoir cette vaccination

52. **Parlez-vous du vaccin aux mères ayant des jeunes filles en âge d'être vaccinées ***

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
- Oui, si elle me le demande
- Non, et je le déconseille
- Non, je n'en parle pas

53. **Dans certains pays, la vaccination des garçons entre 11 et 25 ans est également recommandée. Si cela devient le cas en France, seriez-vous prêt(e) à la conseiller ?**

Une seule réponse possible.

- Oui, tout à fait
- Oui, mais que chez les HSH
- Non, car il n'y a pas d'intérêt chez l'homme
- Non, car je suis contre ce vaccin
- Autre : _____

PARTIE 7 : A propos de la vaccination contre l'hépatite B

54. **Concernant la vaccination contre l'Hépatite B je suis : ***

Une seule réponse possible.

- Totalement favorable
- Plutôt favorable
- Plutôt défavorable
- Totalement défavorable

55. **Quels sont les éléments qui vous limitent dans la promotion de la vaccination contre l'hépatite B auprès de vos patientes ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'y pense pas
- Je n'ai pas assez d'information sur ce vaccin
- n'y a pas assez de recul
- Ce vaccin est trop cher
- Il y a trop de doses de vaccin
- Il y a trop d'effets secondaires liés aux excipients (maladies auto-immunes type SEP, autisme ...)
- On vaccine contre une pathologie bénigne
- On vaccine contre une pathologie rare
- Le lobbying des laboratoires est trop important sur ce vaccin
- Je n'ai pas confiance dans les recommandations gouvernementales
- Raison éthique : je suis contre le procédé de fabrication du vaccin
- Il existe une immunité collective, il n'est donc pas nécessaire de se faire vacciner
- Ce n'est qu'une immunité provisoire, c'est donc peu efficace
- Ce n'est pas ma priorité lors d'une consultation
- Les patientes ne veulent pas en entendre parler
- Autre : _____

PARTIE 8 : A propos de vous

56. **Vous êtes : ***

Une seule réponse possible.

- Une femme
- Un homme

57. **Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- > 50 ans

58. **Depuis quand êtes-vous sage-femme libérale ? ***

Une seule réponse possible.

- < 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10 - 20 ans
- > 20 ans

59. **Lieu d'exercice ***

Une seule réponse possible.

- Rural
 Urbain

60. **Nom de la commune**

61. **Combien êtes-vous dans votre cabinet ***

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 ≥ 4

62. **Quel est le pourcentage (très approximatif) de chacune de vos activités ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	0	< 20%	20 - 40%	40 - 60%	60 - 80%	> 80%
Suivi pré-natal	<input type="radio"/>					
Suivi post-natal	<input type="radio"/>					
Préparation à la naissance	<input type="radio"/>					
Rééducation périnéale	<input type="radio"/>					
Suivi gynécologique	<input type="radio"/>					
Échographies obstétricales	<input type="radio"/>					

63. **Dans votre activité de sage-femme, avez-vous une compétence supplémentaire ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Non
 Acupuncture
 Homéopathie
 Hypnose
 Sophrologie
 Phytothérapie
 Autre : _____

64. **Vous faites-vous vacciner contre la grippe ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, chaque année
 Oui, de temps en temps
 Non

65. **Pensez-vous être à jour dans vos vaccins obligatoires et recommandés ***

Une seule réponse possible.

- Oui, pour tous (dTP, BCG, Hépatite B, grippe, coqueluche, rougeole + varicelle si pas d'atcd de la maladie)
- Oui, mais seulement pour les obligatoires (dTP, BCG et Hépatite B)
- Non
- Autre : _____

66. **Avez vous des enfants ? ***

67. *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

68. **Si oui :**

Une seule réponse possible.

- Ils sont vaccinés selon les recommandations
- Ils ne sont vaccinés que contre certains pathogènes de mon choix
- Ils ne sont vaccinés que lorsque le vaccin est obligatoire
- Autre : _____

69. **Vos filles sont-elles vaccinées contre l'HPV, ou le seront-elles ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas de fille

70. **Avez vous des commentaires ?**

71. **Si vous souhaitez recevoir les résultats de mon étude, vous pouvez me laisser votre adresse mail.**

Résumé

La vaccination permet chaque année de sauver des millions de vie. Cependant, la couverture vaccinale en France reste médiocre pour un nombre important de vaccin, et l'opinion favorable de cette thérapeutique préventive fluctue régulièrement. La sage-femme, prenant une place de plus en plus importante dans le suivi des femmes, s'est vu autoriser la prescription et la pratique de la vaccination depuis 2004, avec un élargissement à l'entourage des femmes enceintes en 2016.

Face à ces compétences encore récentes, et à la méfiance vaccinale qui existe en France, il nous a semblé important de connaître l'opinion des sages-femmes libérales des Pays de la Loire au sujet de la vaccination, ainsi que leurs connaissances et leurs pratiques. Pour cela, nous avons analysé 88 questionnaires. Il en est ressorti un sentiment plutôt favorable de la vaccination en générale (avec 92 % d'avis favorable). Cependant, il est également apparu un manque de connaissances en leurs compétences vaccinales et par conséquent une pratique modeste. Nous avons également constaté qu'une perception personnelle défavorable pouvait avoir des conséquences dans la pratique quotidienne des SF.

Il apparait donc qu'une formation initiale et continue plus approfondie sur la vaccination soit nécessaire. La vérification du statut vaccinal des femmes venant consulter devrait également être un axe à explorer en systématique. Enfin, des plaquettes et affiches pourraient être mises à disposition dans les salles d'attentes pour que les patientes puissent plus facilement ouvrir le dialogue sur ce sujet.