

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2009

N°5

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Julie CHEVALLIER

Née le 03 Octobre 1980 à CORMEILLES-EN-PARISIS

Présentée et soutenue publiquement le 26 février 2009

PROMOTION DE LA VACCINATION EN LOIRE-ATLANTIQUE :

**ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
ET MISE EN PLACE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION**

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie BRIEND-GODET

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
LISTE DES FIGURES, TABLEAUX, CARTES ET ANNEXES	6
INTRODUCTION	8
ÉTAT DES LIEUX SUR LA VACCINATION EN 2008	10
A. Actualités vaccinales 2008	11
1. Nouveautés	11
2. Recommandations générales	17
B. Couverture vaccinale en France	20
1. Statut vaccinal des Français	20
2. Difficultés rencontrées auprès du grand public	29
C. Pratiques vaccinales des médecins généralistes	35
1. Activité vaccinale des médecins généralistes en France	36
2. Opinion et réserves des médecins généralistes face à la vaccination	40
D. Le Centre de Vaccinations Polyvalentes en Loire-Atlantique	43
1. Création du CVP	43
2. Actions du CVP	44
ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LOIRE-ATLANTIQUE	DE 48
A. Objectifs de l'étude	49
B. Matériel et méthode	49
1. Schéma d'étude	49
2. Population d'étude	49
3. Réalisation du questionnaire	49
4. Envoi et réception	50
5. Recueil et analyse des données	51
C. Résultats	51
1. Taux de réponses	51
2. Profil des médecins répondants	51
3. Analyse	53
D. Discussion	72
1. Intérêt et limites de l'étude	72

2. Discussion des résultats	73
EXEMPLE D'UNE CAMPAGNE DE PROMOTION DE LA VACCINATION : MISE EN PLACE DE LA 1^{ère} SEMAINE EUROPÉENNE DE LA VACCINATION LOIRE-ALANTIQUE	EN 99
A. Historique et objectifs	100
B. Plan de communication et de sensibilisation	102
1. Outils et supports utilisés	102
2. Partenaires	103
3. Les différentes actions de communication	104
C. Actions du CVP pendant la semaine européenne de la vaccination	108
1. Au Centre de Vaccinations Polyvalentes du CHU de Nantes	108
2. Avec l'équipe mobile et le bus	108
D. Évaluation	109
1. Bilan d'activité	109
2. Enquête de satisfaction de la population	113
3. Impact de la communication auprès des professionnels de santé	115
4. Propositions pour la semaine de la vaccination 2009	118
CONCLUSION	119
BIBLIOGRAPHIE	122
ANNEXES	116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTIV : Association Clinique et Thérapeutique Infantile du Val-de-Marne
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIDA : Association Internationale pour le Droit d'Asile
AME : Aide Médicale d'Etat
ANAEM : Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASAMLA : Association Santé Migrants de Loire-Atlantique
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CADA : Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CEPCM : Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies
CFPD : Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMU : Couverture Médicale Universelle
CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire
CM2 : Cours Moyen 2ème année
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSHPF : Comité Supérieur d'Hygiène Publique de France
CTV : Comité Technique des Vaccinations
CVP : Centre de Vaccinations Polyvalentes
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
dTP : diphtérie (à concentration réduite d'anatoxine diphtérique) Tétanos Poliomyélite
DTPC : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche
dTPC : diphtérie (à concentration réduite d'anatoxine diphtérique) Tétanos Poliomyélite Coqueluche
DTPCHib : Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche *Haemophilus Influenzae* de type b
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FMC : Formation Médicale Continue
GSM : Grande Section de Maternelle
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
Hib : *Haemophilus Influenzae* de type b
HPV : Human Papilloma Virus
IDR : Intra-Dermo Réaction
IFSI : Institution de Formation en Soins Infirmiers
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
JO : Journal Officiel

MSA : Mutualité Sociale Agricole
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé
PIMESP : Pôle d'Information Médicale d'Evaluation et de Santé Publique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole
RSI : Régime Social des Indépendants
SEP : Sclérose En Plaques
SOFRES : Société Française d'Etude par Sondage
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
VHB : Virus de l'Hépatite B
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VZV : Virus Zona Varicelle

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX, CARTES ET ANNEXES

FIGURES :

- Figure 1 : Couverture vaccinale des enfants de 2 ans en France. Données DREES 2004
- Figure 2 : Couverture vaccinale des enfants et adolescents. Enquête en milieu scolaire 2001-2004
- Figure 3 : Couverture vaccinale des adultes de plus de 18 ans. Enquête de Beytout, 2001
- Figure 4 : Couverture vaccinale contre l'hépatite B en fonction de l'âge. Enquête de Denis, 2002
- Figure 5 : Couverture vaccinale des personnes âgées. Enquête 2006
- Figure 6 : Principales activités exercées autres que la médecine générale
- Figure 7 : Opinions des médecins généralistes sur la vaccination
- Figure 8 : Principaux effets secondaires graves cités par les médecins généralistes
- Figure 9 : Documentation sur la vaccination présente dans les cabinets de médecins généralistes
- Figure 10 : Réticence des patients face à la vaccination rencontrée par les médecins généralistes
- Figure 11 : Public peu accessible à la vaccination
- Figure 12 : Moyens utilisés par les médecins généralistes pour penser à la mise à jour des vaccins
- Figure 13 : Pratique du DTP en fonction de l'âge
- Figure 14 : Pratique du vaccin contre la coqueluche en fonction de l'âge
- Figure 15 : Pratique du ROR en fonction de l'âge
- Figure 16 : Pratique de la vaccination contre la grippe en fonction de l'âge
- Figure 17 : Pratique du vaccin contre l'hépatite B en fonction de l'âge
- Figure 18 : Pratique du vaccin contre la varicelle en fonction de la population, en l'absence d'antécédent de varicelle
- Figure 19 : Pratique du BCG
- Figure 20 : Moyens de formation des médecins généralistes
- Figure 21 : Mode d'actualisation de l'information souhaité par les médecins généralistes
- Figure 22 : Besoins des médecins généralistes en matière de formation sur la vaccination
- Figure 23 : Consultations réalisées pendant la semaine de la vaccination en fonction de l'âge
- Figure 24 : Doses vaccinales réalisées pendant la semaine de la vaccination
- Figure 25 : Nombre de consultations réalisées par l'équipe mobile en fonction du lieu de passage pendant la semaine de la vaccination
- Figure 26 : Utilité de la semaine de la vaccination pour les consultants
- Figure 27 : Satisfaction des consultants de l'information apportée
- Figure 28 : Sensibilisation à la vaccination après la semaine de la vaccination
- Figure 29 : Souhait des consultants de réitérer l'action
- Figure 30 : Raisons de la venue des consultants
- Figure 31 : Utilité du support pour les médecins généralistes
- Figure 32 : Utilité du support pour les pharmaciens

TABLEAUX :

- Tableau 1 : Réticence des médecins face à certains vaccins
- Tableau 2 : Lieux et horaires du Bus Prévention Santé pendant la semaine de la vaccination

CARTE :

Carte 1 : Zones géographiques de Loire-Atlantique (par codes postaux) sans aucune réponse de médecins généralistes

ANNEXES :

Annexe 1 : Bus Prévention Santé

Annexe 2 : Carte de répartition géographique des médecins généralistes de Loire-Atlantique (2007)

Annexe 3 : Lettre d'introduction du questionnaire

Annexe 4 : Questionnaire Vaccination

Annexe 5 : Attentes des médecins généralistes de l'étude concernant un Centre de Vaccinations Polyvalentes

Annexe 6 : Remarques et suggestions des médecins généralistes de l'enquête

Annexe 7 : Affiche de la semaine européenne de la vaccination, Loire-Atlantique 2008

Annexe 8 : Exposition Planète Vaccination

Annexe 9 : Brochure Grand Public, semaine européenne de la vaccination Loire-Atlantique 2008

Annexe 10 : Document Professionnel de Santé, semaine européenne de la vaccination Loire-Atlantique 2008

Annexe 11 : Lettre informative d'accompagnement du document professionnel de santé

Annexe 12 : Enquête de satisfaction pour les consultants de la semaine européenne de la vaccination, Loire-Atlantique 2008

INTRODUCTION

La vaccination reste l'un des meilleurs outils de prévention des maladies infectieuses. L'idée est ancienne et remonte au XVIII^{ème} siècle avec Jenner qui utilise pour la 1^{ère} fois la vaccine pour prévenir la variole. Par la suite, de nombreux vaccins ont été développés et leur application à une population ou à un groupe a révolutionné l'épidémiologie des maladies infectieuses, permettant une réduction spectaculaire de la morbidité et de la mortalité, comme la variole déclarée éradiquée de la planète en 1980.

En France, pour une meilleure utilisation des vaccins dans la population, une politique vaccinale est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public chaque année le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publiqueⁱ, la référence pour les vaccinateurs. La politique vaccinale évolue rapidement, car elle doit s'adapter en permanence aux résultats de nouvelles études, au suivi épidémiologique des maladies en France et dans le monde, à la vaccino-vigilance avec l'évaluation du rapport bénéfice/risque des vaccins, à l'apparition de nouveaux vaccins et aux recommandations internationales.

Son efficacité dépend en partie de la connaissance des vaccinateurs, mais aussi de leur conviction et de celle du grand public. Or, si la vaccination reste l'innovation médicale qui a le plus contribué à la baisse de la mortalité au cours du siècle dernier, il semble s'installer depuis une dizaine d'années un questionnement autour de la politique vaccinale, avec une perte de confiance et des vaccins qui suscitent des réticences, limitant la progression de la couverture vaccinale en France.

Pour améliorer cette couverture vaccinale encore trop insuffisante, les missions de prévention en matière de vaccination ont été recentralisées vers l'Etat en 2004ⁱⁱ. En Loire-Atlantique, cette compétence est reprise par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes qui crée un Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP) en 2006. Une de ses principales missions est de promouvoir la vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé dans le département.

Dans ce contexte, il nous a paru nécessaire d'appréhender l'opinion et les pratiques vaccinales des médecins généralistes du département, principaux vaccinateurs. Ainsi, une enquête d'opinion a été réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique en janvier 2008. L'objectif était de cibler les difficultés et les attentes en matière de vaccination, afin de réfléchir aux actions à envisager par le centre pour favoriser la vaccination.

Dans un 2^{ème} temps, une campagne de sensibilisation a été organisée par le Centre de Vaccinations Polyvalentes dans le cadre de la semaine européenne de la vaccination.

Après avoir fait un état des lieux sur la vaccination en France en 2008, nous présenterons les résultats de notre enquête d'opinion, afin de discuter de l'attitude des médecins face à la vaccination et d'évoquer des pistes pour renforcer la couverture vaccinale, puis nous exposerons l'organisation et le déroulement de cette 1^{ère} semaine européenne de la vaccination.

**ÉTAT DES LIEUX SUR
LA VACCINATION EN 2008**

Actualités vaccinales 2008ⁱⁱⁱ

Le calendrier vaccinal reprend l'ensemble des vaccinations obligatoires et recommandées applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge. Il est publié chaque année dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire par la Direction Générale de la Santé. Il est élaboré d'après les propositions du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et du Comité Technique des Vaccinations (CTV), groupe permanent du HCSP. Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire s'adresse aux professionnels de santé et aux acteurs de santé publique, notamment les médecins généralistes. Les nouveautés vaccinales en 2008 sont peu nombreuses. Elles reprennent essentiellement celles de 2007, l'innovation essentielle concernant la vaccination anti-coquelucheuse.

Nouveautés

Vaccination contre la Coqueluche

La coqueluche est la première cause de décès par infection bactérienne communautaire chez les nourrissons de moins de 2 mois^{iv}, et plus de 80% des cas de coqueluche documentés concernent les enfants de moins de 1 an. Les rappels doivent permettre de prolonger l'immunité et d'éviter ainsi la constitution d'un réservoir d'adolescents et d'adultes susceptibles de contaminer les nourrissons, qui ne sont immunisés qu'à partir de la 3^{ème} injection. L'intérêt de la stratégie du cocooning est rappelé. Elle consiste à pratiquer un rappel coquelucheux à tous les futurs parents et à l'entourage proche^v, notamment à l'occasion d'une grossesse pour protéger les nourrissons. L'allaitement ne contre-indique pas la vaccination de la mère après l'accouchement. L'abaissement à 2 ans de l'intervalle entre 2 vaccins contenant les valences dTP devrait faciliter son application.

Cette recommandation est étendue à l'ensemble des personnels de santé, y compris les étudiants des filières paramédicales et médicales, ainsi que le personnel soignant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnels de la petite enfance sont également concernés, et un rattrapage coquelucheux leur est recommandé.

La primo-vaccination à 2, 3 et 4 mois (M2, M3, M4) et le 1^{er} rappel entre 16 et 18 mois (M16 à M18) sont pratiqués avec le vaccin acellulaire, depuis 2006, en même temps que la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, et *l'haemophilus influenzae* de type b^{vi}.

Le calendrier vaccinal 2008 insiste sur le fait que la pratique d'un rappel coquelucheux n'est pas recommandée à l'âge de 5-6 ans, mais à 11-13 ans chez tous les adolescents, (depuis 1998)^{vii}, lors du 3^{ème} rappel DTP avec le vaccin tétravalent (DTPC). Pour les enfants qui ont échappé à ce rappel à 11-13 ans, un rattrapage doit être pratiqué lors du rappel dTP à 16-18 ans par un vaccin

dTPC. Pour les enfants qui ont reçu hors recommandation un rappel coquelucheux à 5-6 ans, le rappel de 11-13 ans sera différé à 16-18 ans lors du rappel dTP par le vaccin dTPC.

Enfin, chez tous les adultes qui n'ont pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des dix dernières années, un rappel est désormais recommandé, notamment à l'occasion du rappel décennal dTP de 26-28 ans, avec le vaccin dTPC.

En l'état actuel des connaissances, notamment sur la durée de protection et la tolérance de doses répétées du vaccin anti-coquelucheux, il n'y a pas lieu d'administrer plus d'une dose de vaccin dTPC chez l'adulte. Par contre, le délai de 2 ans peut être ramené à 1 mois entre un vaccin dTP et un vaccin quadrivalent en situation de cas groupés en collectivité.

Vaccination contre la Grippe

On sait maintenant que les enfants sont massivement atteints par la grippe lors des épidémies saisonnières (20 à 30% des enfants scolarisés et vivant en collectivité)^{viii}, et ils sont une source de contamination importante. Les nourrissons, dont le risque d'hospitalisation rejoint celui des adultes à risque, avec un risque de décès 10 fois plus important que la moyenne, pourraient en théorie bénéficier de cette vaccination, mais l'absence de démonstration d'efficacité du vaccin dans cette tranche d'âge en limite la portée. Il a donc été décidé d'encourager la vaccination contre la grippe de l'entourage familial, afin de protéger de façon indirecte les nourrissons de moins de 6 mois les plus à risque de grippe grave, notamment les anciens prématurés, les nourrissons porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie et ceux atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire, de pathologies pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection longue durée^{iii,viii}.

La vaccination systématique des femmes enceintes n'a pas été retenue. Toutefois, celles ayant des facteurs de risques spécifiques peuvent être vaccinées contre la grippe au cours du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse. Celles présentant un risque élevé de complications associées à la grippe, notamment une pathologie cardiaque ou pulmonaire sévère, peuvent être vaccinées quelque soit le stade de la grossesse. Enfin, pour les femmes sans facteur de risque spécifique, qui accouchent durant la période de circulation virale, et dont le nourrisson présente des facteurs de risque (cités ci-dessus), une vaccination est recommandée et devrait être pratiquée à la maternité.

Les recommandations chez l'adulte sont restées inchangées. Le vaccin antigrippal est donc recommandé tous les ans aux personnes à risque de faire une grippe grave ou présentant des facteurs de risque spécifiques :

- aux personnes âgées de 65 ans et plus (l'âge de la vaccination a été abaissé de 70 à 65 ans en 2000^{ix}) ;

- aux enfants de plus de 6 mois et adultes atteints d'une des pathologies suivantes : affections broncho-pulmonaires chroniques (asthme, dysplasie broncho-pulmonaire et mucoviscidose), cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves, valvulopathies graves, néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs, drépanocytoses, thalassémies, diabète de type I et II ne pouvant être équilibrés par le seul régime, déficits immunitaires cellulaires (chez les personnes atteintes par le VIH, l'indication doit être faite par l'équipe qui suit le patient) ;
- aux personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou long séjour ;
- aux enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement pour syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile) ;
- aux professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque de grippe compliquée ;
- au personnel naviguant des bateaux de croisière et des avions ou de l'industrie des voyages (guides).

Vaccination contre la Tuberculose

L'incidence de la tuberculose a progressivement diminué en France, à 8,9/100 000 habitants et 5374 cas déclarés en 2005^x. Mais des disparités selon les régions et selon les populations persistent.

L'obligation de la primo-vaccination BCG des enfants et adolescents a été supprimée en juillet 2007^{xi}. Cette levée de l'obligation vaccinale s'intègre dans un plan national de lutte anti-tuberculeuse^{xii}. Elle s'assortit désormais d'une recommandation forte de vaccination pour les enfants à risque élevé de tuberculose, dès le premier mois de vie, chez qui le maintien d'une couverture vaccinale élevée reste primordial. En effet, le BCG a un effet protecteur individuel direct chez l'enfant. Son efficacité est estimée à 75% pour les formes graves extra-pulmonaires de l'enfant (méningite et miliaire) et à 50% pour les formes pulmonaires, pendant les 10 à 15 ans qui suivent cette vaccination^{xiii}. Sont considérés comme enfants à risque élevé de tuberculose les enfants de moins de 15 ans qui répondent au moins à l'un des critères suivants^{xiv} :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse* ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays* ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays* ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs)* ;
- enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane* ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfant vivant dans des conditions de logements défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socioéconomiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME,...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie*.

Enfin, tout parent le désirant doit pouvoir faire vacciner son enfant par le BCG.

La revaccination par le BCG en population générale et chez les professionnels exposés à la tuberculose n'est plus indiquée depuis 2004^{xv}.

Vaccination contre les infections à Papilloma Virus Humains (HPV 6, 11, 16, 18)

Le cancer du col de l'utérus est au 8^{ème} rang des cancers de la femme en France et à l'origine de 1004 décès chez la femme en 2000^{xvi}. L'HPV est responsable de 99,7% des cancers du col utérin, l'HPV 16 ou 18 étant retrouvés dans 70% des cas.

La vaccination contre les infections à papillomavirus 6, 11, 16, 18 est recommandée depuis 2007 à toutes les jeunes filles âgées de 14 ans^{xiv}, afin de les protéger avant qu'elles ne soient exposées au risque d'infection par l'HPV.

* Continents africain, asiatique, dans leur ensemble, y compris les pays du Proche et Moyen-Orient ; les pays d'Amérique Centrale et du Sud ; les pays d'Europe Centrale et de l'Est y compris les pays de l'ex URSS ; dans l'Union européenne, Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie.

Le vaccin est également proposé aux jeunes filles de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle^{xvii}.

Dans l'état actuel des connaissances, le Haut Conseil de Santé Publique recommande préférentiellement le vaccin quadrivalent (6, 11, 16, 18) par rapport au vaccin bivalent (16, 18)^{xviii}. Le schéma vaccinal comprend trois injections respectant un intervalle de deux mois entre la première et la deuxième injection, et un intervalle de quatre mois entre la deuxième et la troisième injection (M0, M2, M6) pour le quadrivalent.

La vaccination contre les infections à HPV ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin, y compris chez les femmes vaccinées, mais vient renforcer les mesures de prévention.

Vaccination contre l'Hépatite B

Il y a près de 300 000 porteurs chroniques du virus de l'hépatite B en France. 1507 décès sont imputables au VHB en 2004 (données INVS). En 2005, il y a eu 628 nouveaux cas d'hépatite B aiguë, soit une incidence de 1/100000^{xix}. Pourtant, une prophylaxie par la vaccination est efficace depuis plus de vingt ans.

En 2008, il est rappelé la nécessité de vacciner contre l'hépatite B les nourrissons, ainsi que les enfants et les adolescents avant qu'ils entrent dans la période à risque.

La vaccination systématique est donc recommandée dès l'âge de 2 mois, avec 3 injections (M2, M4, M16 à M18), et pour tous les enfants de moins de 13 ans, en privilégiant la vaccination des nourrissons^{xx}.

Pour les enfants nés de mère antigène HBs positif, elle doit être pratiquée impérativement à la naissance, associée à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs.

Un rattrapage est possible à tout âge, en ciblant prioritairement les populations à risque, par un schéma vaccinal à 3 injections (M0, M1, M6 à M12). Il n'y a pas de nécessité de sérologie post-vaccinale de contrôle ou de rappels systématiques.

La vaccination contre l'hépatite B est par ailleurs fortement recommandée pour :

- les enfants accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapée ;
- les enfants et adultes accueillis dans les institutions psychiatriques ;
- les enfants d'âge préscolaire accueillis en collectivité ;
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;

- les toxicomanes utilisant des drogues parentérales ;
- les voyageurs dans les pays de moyenne ou de forte endémie (essentiellement l'Afrique subsaharienne, l'Asie, certains pays de l'Amérique centrale et du sud) : le risque doit être évalué au cas par cas ;
- les personnes amenées à résider en zones de moyenne ou de forte endémie ;
- les personnes qui, dans le cadre d'activités professionnelles ou bénévoles, sont susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement (contact direct, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets)* ;
- les personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe...) ;
- l'entourage d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs (famille vivant sous le même toit) ;
- les partenaires sexuels d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs ;
- les personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite Bⁱⁱⁱ.

En 2008, la Société Française Pédiatrique a pris une position claire sur l'absence de risque de cette vaccination chez l'enfant, en adéquation avec le Haut Conseil de Santé Publique^{xxi}. En effet, les études réalisées depuis une dizaine d'années, auxquelles viennent s'ajouter les deux dernières études pédiatriques cas-témoins réalisées en France^{xxii,xxiii} ne retrouvent pas de relation entre sclérose en plaques et vaccination contre l'hépatite B. De même, chez les enfants ayant fait une première poussée de maladie démyélinisante, il n'y a pas d'augmentation du risque d'une nouvelle poussée après la vaccination contre l'hépatite B.

* A titre indicatif sont concernés : les secouristes, les gardiens de prison, les éboueurs, les égoutiers, les policiers, les tatoueurs...

Recommandations générales

Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite

Ce sont trois pathologies rares dans les pays industrialisés mais plus fréquentes dans les pays en voie de développement. Le tétanos sévit encore en France chez des personnes n'ayant pas bénéficié de rappel anti-tétanique. Entre 15 et 30 cas sont ainsi déclarés tous les ans avec 30% de létalité^{xxiv}. Le dernier cas autochtone de diphtérie remonte à 1989 et une couverture vaccinale suffisante doit être maintenue pour éviter des épidémies de diphtérie chez des sujets en contact de cas importés (trois cas d'importation ont été signalés depuis 2002 en France). Le dernier cas autochtone de poliomyélite en France date aussi de 1989, le dernier cas importé de 1995. La vigilance reste donc nécessaire en particulier vis-à-vis des voyageurs se rendant dans certains pays, qui pourraient être à l'origine d'une réintroduction de virus sauvage à partir de ces pays endémiques.

Seule primo-vaccination obligatoire en France, elle comprend 3 injections chez le nourrisson espacées d'un mois à 2, 3 et 4 mois (M2, M3, M4), suivies d'un rappel avant l'âge de 18 mois (M16 à M18).

Les rappels jusqu'à l'âge de 13 ans sont obligatoires pour la poliomyélite^{xxv} uniquement.

Les rappels chez l'enfant sont recommandés tous les 5 ans (5-6 ans ; 11-13 ans ; 16-18 ans). Les rappels à partir de 16-18 ans et ceux de l'adulte, tous les 10 ans, sont recommandés depuis 2005 en utilisant un vaccin combiné tétanique, poliomyélitique et diphtérique, à concentration réduite en anatoxine diphtérique (dTP)^{xxvi}.

Vaccination par le ROR (Rougeole, Oreillon, Rubéole)

La politique vaccinale de la France^{xxvii} s'inscrit dans le plan mondial d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale, mis en place par la Région Européenne de l'OMS en 2005^{xxviii}.

Il faut garder à l'esprit que la rougeole reste à l'origine de complications graves (pneumonie dans 1 à 6% des cas, encéphalite pour 0,5 à 1/1000 cas, panencéphalite sclérosante subaiguë pour 0,5 à 1/100000 cas et décès pour 1 à 3/1000 cas) et que le virus continue de circuler. Une recrudescence de la rougeole est d'ailleurs observée depuis 2008 avec plusieurs épidémies sur tout le territoire national. Ainsi, en juillet 2008, dans les suites d'un camp de vacances, 58 cas de rougeole ont été recensés, 18 chez les participants du camp et 40 chez leurs familles, aucun des cas n'étant vacciné^{xxix}. Cette investigation illustre le risque très important de transmission du virus de la rougeole dans une population insuffisamment vaccinée. Quant à la rubéole, toute sa gravité tient en la possibilité d'une contamination fœtale par l'infection d'une femme enceinte non-immune, avec un risque élevé de malformations congénitales. En 2005, en France 16 cas ont été déclarés entraînant 9 rubéoles congénitales^{xxx}, 7 cas en 2006 sans aucun cas de rubéole congénitale^{xxxi}.

Une première dose de vaccin trivalent (ROR) est recommandée à l'âge de 12 mois chez tous les enfants, et dès 9 mois pour les nourrissons entrant en collectivité. Depuis 2005, la deuxième dose doit être réalisée avant 24 mois, en respectant un intervalle minimum d'un mois entre les 2 injections, ou bien entre le 12^{ème} et le 15^{ème} mois si la première dose a été faite à 9 mois^{xxvi}. C'est la non-réponse à la 1^{ère} dose dans 5 à 10% des cas qui rend nécessaire la 2^{ème} dose.

Un rattrapage est recommandé jusqu'à 28 ans, pour les personnes qui n'ont pas encore été vaccinéesⁱⁱⁱ :

- les enfants entre 2 ans et 16 ans doivent recevoir deux doses de vaccin trivalent ;
- les personnes âgées de 17 à 28 ans, qui n'ont jamais été vaccinées contre la rougeole, doivent recevoir une dose de vaccin trivalent ;

Les personnes de plus de 28 ans, non vaccinées et sans antécédent de rougeole, dont la sérologie est négative et qui exercent des professions de santé en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave (les services accueillant des sujets immunodéprimés à savoir l'hématologie, la néphrologie et les services de maladies infectieuses ...), doivent recevoir une dose de vaccin trivalent.

Les voyageurs de plus de 28 ans non vaccinés et sans antécédent de rougeole doivent recevoir une dose de vaccin triple ; le risque doit être évalué par le médecin vaccinateur.

Enfin, le vaccin rougeoleux peut être utile pour protéger un sujet non-immun après un contact de rougeole, mais seulement dans les 72 heures qui suivent ce contact.

Les femmes de plus de 28 ans, non vaccinées contre la rubéole, doivent bénéficier d'une vaccination contre la rubéole seule. Les sérologies préalables et post-vaccinales ne sont pas utiles. Les femmes enceintes, dont la sérologie prénatale est négative ou inconnue et qui ne peuvent être vaccinées pendant la grossesse, doivent l'être immédiatement après l'accouchement.

Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.

Vaccination contre l'*Haemophilus Influenzae* de type b (Hib)

Cette vaccination a pour but de prévenir les formes invasives particulièrement graves chez les enfants de moins de 5 ans, notamment les infections méningées ou les épiglottites à *Haemophilus influenzae* de type b, mais aussi de réduire le portage pharyngé chez les vaccinés, pour en diminuer la circulation dans la population. L'incidence des infections invasives à Hib a été divisée par deux entre 1991 et 2005, et celle des méningites par dix^{xxxii}.

La primo-vaccination à l'âge de 2, 3 et 4 mois (M2-M3-M4) et le rappel à 16-18 mois (M16 à M18) sont recommandés pour tous les enfants, en combinaison avec les vaccins diphtérique, tétanique, poliomyélitique et coquelucheux acellulaire (DTCHib), depuis 1992.

Le rattrapage vaccinal avec un vaccin monovalent peut être effectué jusqu'à l'âge de 5 ans.

Vaccination contre le Pneumocoque

La généralisation de la vaccination anti-pneumococcique a permis de diminuer l'incidence des infections invasives à pneumocoque chez les jeunes enfants, notamment les méningites (de 38%) et les bactériémies (de 28%), le pneumocoque étant la 1^{ère} cause de méningite bactérienne chez l'enfant de moins de 2 ans^{xxxiii}. De plus, sur le plan collectif, la diminution du portage chez les enfants vaccinés réduit le risque d'exposition des personnes non-vaccinées à risque d'infections invasives à pneumocoque, comme les personnes âgées.

La primo-vaccination par le vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent s'est étendue à l'ensemble des enfants de moins de 2 ans depuis 2006^{vi}, selon un schéma comportant trois injections à un mois d'intervalle avec la première injection dès l'âge de 2 mois (M2, M3, M4), et un rappel entre 12 et 15 mois (M12 à M15).

Il existe des recommandations particulièresⁱⁱⁱ pour les enfants de plus de 2 ans et les adultes définis comme à haut risque de faire une infection invasive à pneumocoque. À partir de 5 ans, la vaccination anti-pneumococcique se réalise avec le vaccin polysidique 23 valent tous les cinq ans.

Vaccination contre la Varicelle

La varicelle est une pathologie très fréquente avec une incidence stable depuis 10 ans en France et elle touche dans 90% des cas les enfants de moins de 10 ans. Elle est bénigne le plus souvent, mais peut se compliquer chez les plus de 15 ans^{xxxiv}, dans 6% des cas. Il a été montré que laisser circuler le virus VZV sauvage dans la population évite de déplacer les cas de varicelle vers les

populations d'adolescents ou d'adultes plus à risque de formes graves et limite l'augmentation des cas de zona chez les personnes âgées. Il n'est donc pas recommandé en France de généraliser la vaccination contre la varicelle des enfants.

Cependant, la vaccination contre la varicelle, avec un schéma à deux doses à au moins un mois d'intervalle, (M0-M1 à M2) concerne^{xxxv.xiv} :

- les adolescents de 12 à 18 ans n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué dans ce cas ;
- les femmes en âge de procréer, et n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué dans ce cas. Toute vaccination contre la varicelle chez une femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse et une contraception efficace de trois mois est recommandée après chaque dose de vaccin ;
- les femmes n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle dans les suites d'une première grossesse, sous couvert d'une contraception efficace ;
- les adultes de plus de 18 ans, sans antécédent de varicelle, après un contact varicelleux, dans les 3 jours après le contact ;
- les professionnels de santé, sans antécédent de varicelle, dont la sérologie est négative.

Vaccination contre le Zona et contre le Rotavirus

Dans l'état actuel des connaissances, la vaccination large contre le zona^{xxxvi} et la vaccination anti-rotavirus systématique chez les nourrissons de moins de 6 mois^{xxxvii} ne sont pas recommandées.

Couverture vaccinale en France

Statut vaccinal des Français

Plusieurs moyens ont été utilisés pour approcher le taux de couverture vaccinale en France. Chez les nourrissons, il se détermine grâce à l'analyse du certificat de santé des 2 ans. Pour les enfants, des enquêtes sont réalisées par les PMI et il existe des études dites triennales en milieu scolaire. Mais, il n'y a pas de données régulières au niveau national chez les adolescents et les adultes, en dehors d'études ponctuelles, pour certains vaccins, dans certaines tranches d'âge.

Les enfants de moins de 2 ans

D'après les données DREES 2004^{xxxviii} (Figure 1) :

L'analyse des certificats de santé du 24^{ème} mois doit être rempli pour chaque enfant par le médecin lors de l'examen obligatoire des enfants avant 2 ans. Il comporte une rubrique « vaccination » où sont reportées les vaccinations déjà réalisées et permet ainsi un suivi de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans. L'analyse des données est effectuée au niveau départemental par les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), puis au niveau national par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. Cependant, les chiffres obtenus doivent être interprétés avec précaution, car ils dépendent de la qualité du remplissage du certificat, du circuit de transmission des certificats et de l'exploitation des données dans chaque département.

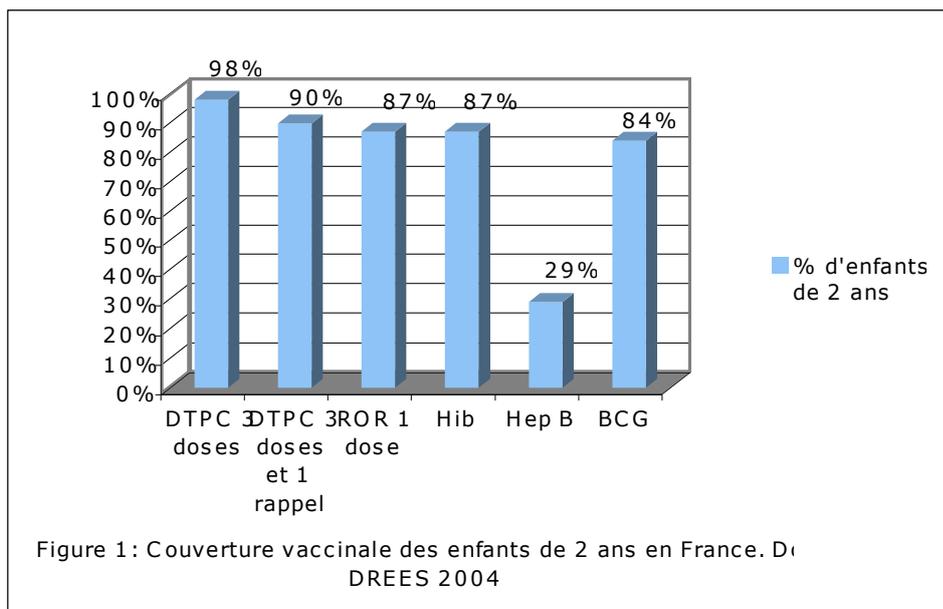
Entre l'année 2000^{xxxix} et 2004, 96 à 98% des enfants ont reçu trois doses de DTP avant 2 ans, 88 à 90% trois doses et un rappel. La couverture coqueluche est de 97 à 98% pour 3 doses avant 2 ans et de 87 à 90% pour trois doses et un rappel.

La couverture vaccinale par le BCG est de 84% en 2004 avant 2 ans, mais l'arrêt de la vaccination par multipuncture, fin 2005, a modifié considérablement les données du problème, aux vues des réticences des professionnels de santé à l'utilisation du vaccin par voie intra-dermique.

La protection contre l'*Haemophilus influenzae* de type b a augmenté très rapidement, avec 86% des enfants de moins de 2 ans vaccinés en 2001^{xl}. Mais depuis, cette couverture vaccinale stagne, 87% d'entre eux sont vaccinés en 2004.

Pour l'hépatite B, la couverture vaccinale des enfants de moins de 2 ans reste sous la barre des 30% (28% en 2001^{xl}, 29% en 2004).

Quant à la couverture vaccinale pour la 1^{ère} dose de ROR, elle est de 87% à 24 mois. Cette proportion a stagné entre 2001 et 2004^{xl}, ce qui reste insuffisant pour interrompre la transmission du virus de la rougeole.



Une enquête en 2002 sur le suivi des recommandations vaccinales en médecine libérale chez les nourrissons de 0 à 24 mois^{xli} retrouve des taux de couverture vaccinale similaires à ceux des certificats de santé. À 2 ans, la couverture vis-à-vis de la diphtérie, du tétanos, de la poliomyélite, de la coqueluche et de *l'Haemophilus influenzae* de type b est excellente puisque supérieure à 98%. Par contre, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole reste faible avec seulement 75,1% des nourrissons vaccinés par une dose à 18 mois et 82,9% à 24 mois. Enfin, l'enquête montre que la vaccination contre l'hépatite B est très peu effectuée. Le pourcentage des nourrissons vaccinés est de 24,1% à 4 mois, de 39,1% à 12 mois et de 40,1% à 24 mois. Ces chiffres sont concordants avec le fait que seuls 40% des médecins interrogés déclarent pratiquer cette vaccination chez l'enfant de moins de 2 ans.

Trois enquêtes réalisées auprès d'un échantillon de parents^{xlii} estiment que 27% des enfants de 6 mois en 2004 ont reçu une primo-vaccination complète contre le pneumocoque, 44% entre 6 et 12 mois en 2006 et 56% entre 6 et 12 mois en 2007. La modification récente du calendrier vaccinal, qui élargit depuis 2006 la recommandation du vaccin anti-pneumococcique à l'ensemble des enfants de moins de 2 ans, ne permet pas encore une mesure bien établie de cette couverture vaccinale. Elle semble augmenter régulièrement en France, mais reste insuffisante pour permettre de poursuivre la baisse de l'incidence des infections invasives des nourrissons, ni d'installer une immunité de groupe dont pourraient bénéficier les adultes.

Si la couverture vaccinale par le DTPCHib est excellente, à près de 90% chez les enfants de moins de 2 ans en 2004, elle reste très insuffisante pour l'hépatite B (moins de 30%) et stagne à 85% pour la 1^{ère} dose de ROR. Pour le vaccin contre le pneumocoque, seuls 60% des enfants de moins de 1 an ont reçu une primo-vaccination complète en 2007.

Enfants de plus de 2 ans et adolescents

Entre 1985 et 1999, une enquête était régulièrement réalisée chez les enfants en dernière année de maternelle, par les médecins et infirmières de l'Éducation Nationale lors du premier bilan de santé scolaire. À partir de 2000 a été mis en place un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire en partenariat avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS). Chaque année, une étude de la couverture vaccinale est réalisée alternativement auprès d'une des trois générations d'enfants des classes de grande section de maternelle (5-6 ans), de cours moyen 2^{ème} année (10-11 ans) et de classe de 3^{ème} (13-15 ans).

Les enquêtes ont été menées en 2001-2002 en CM2, en 2002-2003 en maternelle et en 2003-2004 en 3^{ème} ^{xliii} (Figure 2). Dans ces enquêtes, un enfant est considéré comme correctement vacciné quand il a reçu :

- avant l'âge de 6 ans, une dose de BCG, quatre doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), la coqueluche (C) et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), deux doses de vaccin ROR et trois doses de vaccin contre l'hépatite B ;
- à 6 ans, une 5^{ème} dose de DTP ;
- entre 11 et 13 ans, une 6^{ème} dose de DTP couplée à une 5^{ème} dose de coqueluche (DTPC).

Les couvertures vaccinales pour le BCG entre 2001 et 2004 sont excellentes quel que soit l'âge (99%) avec une primo-vaccination pratiquée quasi exclusivement par multipuncture.

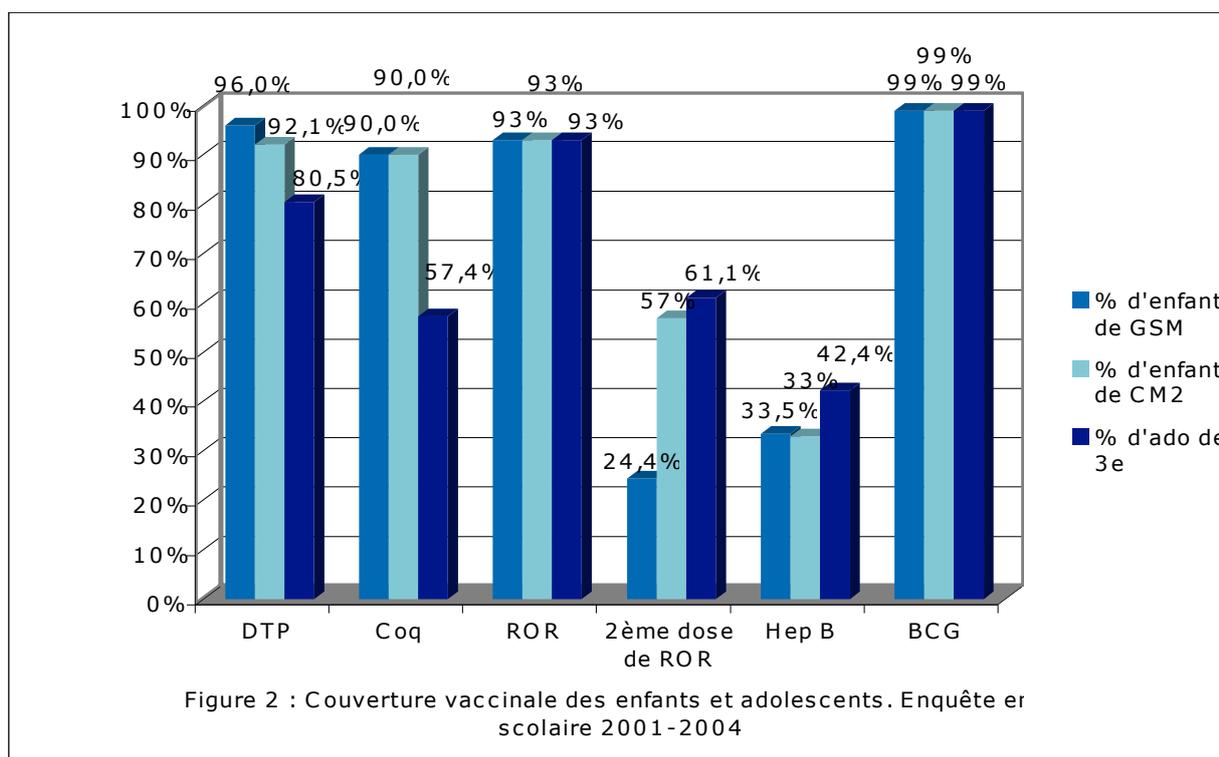
Pour le DTP, 96% des enfants sont correctement vaccinés en grande section de maternelle, 92,1% en CM2 et 80,5% en 3^{ème}.

Pour la coqueluche, près de 90% des enfants de maternelle et de CM2 sont à jour de leur vaccination. Cependant 35% des enfants de CM2 ont reçu une 5^{ème} dose avant l'âge de 10 ans, reflet d'une pratique non conforme au calendrier vaccinal avec le rappel trop précoce en même temps que le 2^{ème} rappel DTP. Pour les élèves de 3^{ème}, seuls un peu plus de la moitié ont reçu cinq doses de vaccin coqueluche (57,4%), et parmi eux 40% ont reçu cette 5^{ème} dose avant l'âge recommandé.

La couverture vaccinale pour la première dose de ROR est de 93% chez les enfants ou adolescents. Pour la seconde dose, elle s'élève avec l'âge des élèves (24,4% en maternelle, 57% à 11 ans, 61,1% en 3^{ème}) entre 2001 et 2004, mais reste à des niveaux bien insuffisants pour atteindre le niveau d'immunité de groupe de 95% nécessaire pour éliminer la rougeole^{xxviii}. Pour les enfants de grande section de maternelle, la couverture ROR (deux doses) doit être interprétée avec prudence, dans la mesure où l'âge des enfants enquêtés (5 à 6 ans) est compatible avec une

mise en œuvre encore incomplète de la seconde dose recommandée entre 3 et 6 ans (de 1998 à 2005) au moment de l'enquête. Les élèves de CM2 et de 3^{ème} sont trop âgés pour avoir été concernés par cette recommandation, un rattrapage important s'effectuant alors après 6 ans.

Pour l'hépatite B, après la campagne vaccinale, entre 74% et 83% des élèves de 5^{ème} étaient correctement vaccinés en 1995, selon les départements. Mais, la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire (classe de 6^{ème}) a été interrompue en 1998. Depuis, cette vaccination est la plus problématique. La couverture vaccinale pour les enfants de 3^{ème} diminue nettement en 2004 par rapport à celle estimée lors de la même enquête en 2000-2001 : la couverture vaccinale est en effet passée de 62,4% en 2000-2001 à 42,4% en 2003-2004. Pour les enfants de maternelle, un rattrapage après 2 ans permet d'atteindre à 6 ans une couverture de 33,5%, alors que pour les élèves de CM2, elle reste à 33% en 2001-2002. La mise en œuvre d'un rattrapage comme le recommande le calendrier vaccinal n'est pas appliquée, mais en 2004-2005, la même enquête autour des élèves de CM2 montre que la couverture vaccinale pour l'hépatite B augmente de façon modérée à 38%, alors que pour les autres vaccinations elle stagne^{xliv}.



Si les couvertures vaccinales avant 2 ans pour le vaccin DTP et coqueluche sont élevées, en revanche la proportion d'enfants plus âgés ayant reçu les rappels recommandés diminue. En 2004, seuls 80% des enfants de 15 ans ont bénéficié du troisième rappel DTP et moins de 60% des adolescents sont correctement protégés contre la coqueluche, avec 40% d'entre eux qui ont reçu la 5^{ème} dose coqueluche trop tôt. Près de 60% des adolescents ne sont pas ou mal vaccinés contre l'hépatite B, et 75% des enfants de 6 ans et 40% des adolescents sont insuffisamment protégés contre la rougeole.

Les adultes

Chez les adultes, il n'existe pas de vérification systématique de la couverture vaccinale au niveau national. Seules quelques enquêtes ponctuelles permettent d'apprécier l'état vaccinal des Français.

Chez les jeunes parents

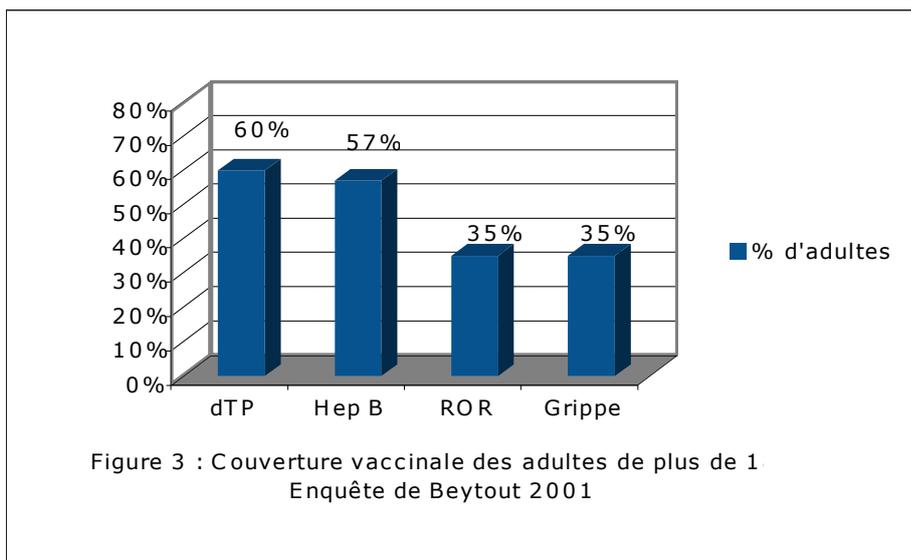
Une enquête a été réalisée entre juin et octobre 2006 par 41 pédiatres de la région parisienne d'ACTIV, une association de recherche pédiatrique^{xlv}, l'objectif étant de faire une photographie du statut vaccinal de parents de très jeunes nourrissons.

Ainsi, le dernier rappel dTP des parents date de moins de 3 ans dans 17,7% des cas et seuls 2,1% ont en même temps bénéficié du rappel coqueluche. 38% ne sont pas à jour de leur dTP avec un rappel qui date de plus de 10 ans. Seulement 6% des mères et 3% des pères ont eu un rappel coquelucheux depuis moins de 10 ans.

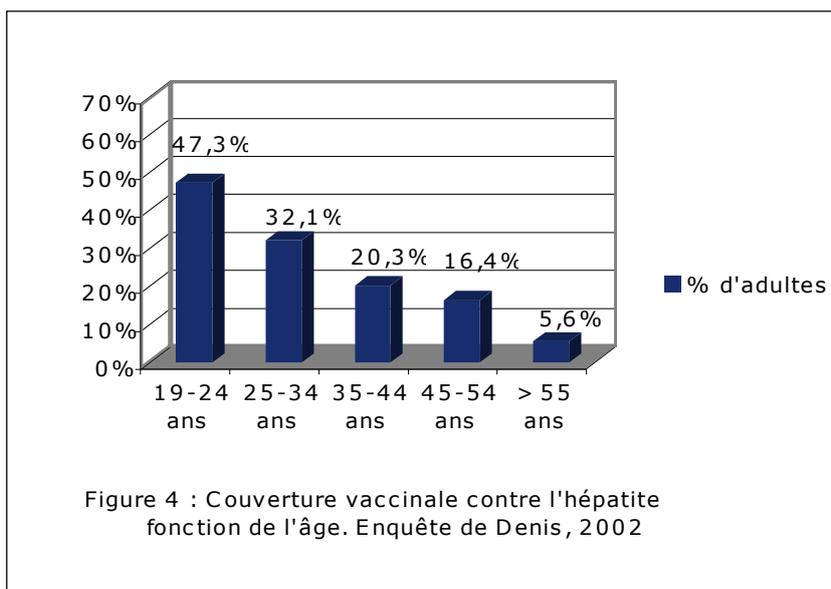
Le rappel contre la coqueluche avec la stratégie du cocooning est encore très peu pratiqué en 2006, avec moins de 5% des parents qui en ont bénéficié. Près de 40% des jeunes parents ne sont pas à jour de leur dTP, par oubli ou non information dans la majorité des cas.

Chez l'ensemble des adultes

Une enquête réalisée en 2001 auprès de médecins généralistes volontaires^{xlvi} (Figure 3) fait apparaître que respectivement 90,5%, 94,4% et 92,6% des patients sont vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, mais que seuls 58,4%, 66,1% et 63,4% sont à jour de leurs rappels : *40% de la population adulte n'est donc pas correctement protégée contre ces 3 maladies*. Par ailleurs, il apparaît que 89,5% des adultes ont reçu le BCG, mais seulement 57% sont vaccinés contre l'hépatite B, 39,4% contre la rubéole, 34,8% contre la rougeole, 34,2% contre les oreillons, et 35% contre la grippe.



Une enquête en 2002 sur la vaccination contre l'hépatite B^{xlvii} montre une décroissance importante de la couverture vaccinale avec l'âge : 47,3% des 19-24 ans ont reçu 3 doses, 32,1% des 25-34 ans, 20,3% des 35-44 ans, 16,4% des 45-54 ans, et 5,6% des plus de 55 ans (Figure 4).



Une autre étude réalisée en 2002 sur un échantillon représentatif des ménages de France métropolitaine^{xlviii} montre que la proportion de personnes considérées comme couvertes par la vaccination (vaccin datant de moins de 10 ans) est de 62,3% pour le tétanos, de 36,1% pour la poliomyélite et de 29,1% pour la diphtérie. Cette enquête laisse apparaître plus spécifiquement que les taux de couverture diminuent chez les femmes et les personnes âgées, chez les personnes dont

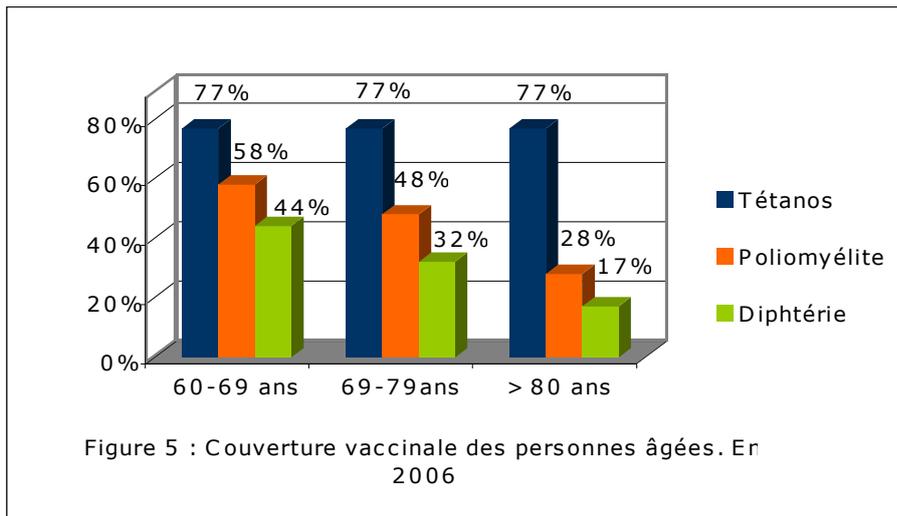
le niveau d'études est bas, ou qui vivent dans une famille à faible niveau de revenus. Les ouvriers non qualifiés, les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les habitants des zones Nord et Méditerranée sont également moins bien couverts. Le taux de couverture varie aussi selon le niveau de couverture médicale complémentaire, avec des niveaux plus élevés chez les bénéficiaires d'une couverture médicale complémentaire privée comparé aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou ceux ne bénéficiant d'aucune couverture médicale complémentaire.

Les carences dans la couverture vaccinale touchent surtout les catégories sociales les plus défavorisées et les populations les plus âgées.

Chez les personnes âgées

Une enquête auprès d'une population francilienne âgée (60 ans et plus) a été réalisée en 2006 au centre de vaccination de l'Institut Pasteur de Paris, au cours de la campagne de vaccination anti-grippale^{xlix} (Figure 5). Elle évalue leur couverture vaccinale pour le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie. Sur 660 personnes âgées de 60 à 97 ans, 77% sont à jour pour la vaccination contre le tétanos, 42% contre la poliomyélite et 28% contre la diphtérie. Il n'y a pas de différence significative entre les tranches d'âges pour la couverture vaccinale anti-tétanique. Cependant, la couverture vaccinale anti-poliomyélite et anti-diphtérie diminuent significativement avec l'âge. Une meilleure couverture vaccinale contre le tétanos et la poliomyélite, comparée à celle de la diphtérie, peut s'expliquer par l'usage des vaccins combinés TP jusqu'en 2000, la triple vaccination dTP n'ayant été introduite dans le calendrier vaccinal des adultes qu'en 2001.

La couverture vaccinale s'est malgré tout améliorée en vingt ans. En 1989, dans une enquête Insee¹, 40% des plus de 60 ans seulement étaient vaccinés contre le tétanos. La couverture vaccinale chutait de 94% chez les moins de 20 ans à 48% des hommes et 30% des femmes de plus de 80 ans. Pour la poliomyélite, dans la même étude, la couverture était de 94% chez les moins de 20 ans, puis s'effondrait brusquement jusqu'à moins de 10% pour les plus de 70 ans. Aucune donnée comparable n'existe de la couverture vaccinale pour la diphtérie dans la population âgée française.



Dans une grande enquête SOFRES sur la vaccination anti-grippale hiver 2004-2005^{li}, 23% de la population générale est vaccinée contre la grippe, dont 11% des moins de 65 ans et 68% des plus de 65 ans (62% se font vacciner chaque année). Les personnes déjà vaccinées contre la grippe sont dans une très large majorité prêtes à se refaire vacciner l'année suivante. La première vaccination contre la grippe est donc décisive. En 20 ans, la couverture vaccinale contre la grippe des personnes de plus de 65 ans a largement évolué, de 30% à près de 70%^{xl}.

La couverture vaccinale se détériore avec l'âge, surtout pour la diphtérie, la poliomyélite et l'hépatite B. Si près de 70% des personnes de plus de 65 ans se vaccinent contre la grippe, les efforts doivent être maintenus pour améliorer cette couverture vaccinale.

En conclusion, les rappels chez l'adulte, même si leur évaluation à ce jour est mal documentée, sont insuffisamment pratiqués. Certaines maladies sont malgré tout en voie d'élimination comme la diphtérie et la poliomyélite grâce à une bonne immunité de groupe, induite par le très haut niveau de couverture vaccinale de l'enfant. Cependant, dans le cas du tétanos pour lequel existe un réservoir autre qu'humain et une absence d'immunité de groupe, la persistance de cas dans la population âgée est le reflet d'une couverture vaccinale trop faible dans cette tranche d'âge. Il faut donc insister sur la nécessité de rappel dTP à l'âge adulte, mais aussi encourager celui contre la coqueluche et améliorer encore la pratique de la vaccination anti-grippale chez les plus de 65 ans,

également chez le personnel soignant, les asthmatiques et les personnes en affection longue durée. Les catégories sociales les plus défavorisées et les personnes âgées sont les populations à cibler en priorité.

Un meilleur taux de couverture vaccinale et une meilleure adhésion aux recommandations du calendrier vaccinal ne peuvent être obtenus que par une amélioration de l'information aux familles et aux médecins, d'où la nécessité de mettre en place des actions visant à promouvoir la vaccination. La mise en place de structures incitant à la vaccination, comme les Centres de Vaccinations Polyvalentes où les vaccins peuvent être réalisés gratuitement, notamment pour des personnes en précarité prend ici tout son sens.

Difficultés rencontrées auprès du grand public

Une bonne couverture vaccinale dans une population permet de contrôler des maladies infectieuses, mais elle reste encore insuffisante en France. Pour pouvoir améliorer cette couverture vaccinale et informer de façon adaptée le public, il est nécessaire de comprendre les raisons qui expliquent l'émergence de réticences au sein de la population et limitent ainsi la vaccination.

Opinion et adhésion des français face au geste vaccinal

Les Baromètres santé participent à l'évaluation et à l'orientation des politiques publiques de prévention et d'éducation pour la santé, en réalisant des enquêtes auprès du grand public et auprès des professionnels de santé.

Le Baromètre santé 2005^{lii} indique que 9 personnes sur 10 gardent une opinion favorable à la vaccination (43% « très favorable », et 47% « plutôt favorable »), avec une légère diminution depuis 2000. Cette opinion positive est plus forte chez les jeunes.

Dans le même temps, des réserves voire des doutes sont exprimés sur l'efficacité ou la sécurité des vaccins. 9% de la population déclare être défavorable à la vaccination, parmi lesquels certains groupes sont surreprésentés : les personnes âgées (14,5% y sont défavorables chez les 70-75 ans, versus 5% chez les 20-25 ans), les personnes qui s'estiment être mal informées (14%). Ces populations sont aussi plus nombreuses à recourir à l'homéopathie ou à l'acupuncture, et à n'avoir consulté aucun médecin généraliste dans l'année. La vaccination qui suscite le plus de réticences parmi ces groupes est celle contre l'hépatite B pour un tiers d'entre eux (35,8%) alors qu'ils étaient moins d'un quart (23,6%) en 2000. 16% de ces personnes restent défavorables à l'ensemble des vaccins.

Quant à la décision de se faire vacciner, dans un tiers des cas (32,3%) c'est la personne elle-même qui effectue la démarche, dans 21% des cas c'est à l'initiative du médecin : plus la population sera convaincue par la vaccination, plus cette démarche volontaire sera favorisée.

Des études quantitatives sont réalisées en 2004 et 2005 à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) auprès d'un échantillon national représentatif de la population âgée de plus de 18 ans^{liii.liv}. Elles ont pour objectif de mieux comprendre l'attitude actuelle de la population générale à l'égard de la vaccination. Pour exprimer son opinion sur la vaccination, différentes affirmations sont proposées :

- 92% est d'accord avec la phrase : « les vaccins sont donnés aux enfants pour les protéger des maladies graves ».
- Seulement 82% estiment qu'« au fil des années, les vaccins ont apporté plus de bénéfices que de torts à la santé des individus ».
- 10% des personnes interrogées n'adhèrent pas à la proposition : « les vaccins sont testés pour s'assurer qu'ils sont sans risque ».
- 17% ne pensent pas qu'« un vaccin dangereux serait identifié comme tel lors des essais cliniques ».

- 55% approuvent l'idée qu'« il est très angoissant de se faire vacciner avec un nouveau vaccin, même s'il a été soigneusement testé ».
- 38% estiment qu'« en se faisant vacciner, il est possible d'attraper une forme grave de la maladie contre laquelle le vaccin est censé protéger ».
- 40% déclarent « ne pas savoir comment marche un vaccin ». De nombreuses personnes n'ont pas d'opinion sur la réponse, ce qui témoigne de leurs incertitudes sur ce sujet.
- 56,6% de la population générale est en faveur d'une vaccination obligatoire.

Cette perception de la vaccination varie avec l'âge, le sexe et le niveau d'étude : les hommes, les personnes avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat et les personnes de moins de 50 ans seraient plus favorables à la vaccination que les femmes, les personnes avec un niveau d'études inférieur au baccalauréat, et les personnes âgées de plus de 50 ans^{lv}.

Une enquête européenne de grande envergure a également évalué la perception de la vaccination en Europe^{lvi} et il apparaît que la vaccination bénéficie d'une forte adhésion de la population, dans l'ensemble de l'Europe comme en France. Les Français expriment leurs spécificités sur 2 points par rapport à leurs voisins :

- ils perçoivent encore trop peu le rôle préventif de la vaccination.
- ils s'informent largement sur les vaccins via les médias et se trouvent plus fréquemment en démarche volontaire de demande de vaccination, pour 50% des adultes, alors que 38% suivent les recommandations de leur médecin.

La gravité de la maladie est la principale motivation : 70% des adultes se décident en fonction de la gravité de la maladie. L'efficacité et la sécurité du vaccin restent plutôt bien perçues et participent elles aussi à la décision.

Si l'opposition à la vaccination a toujours existé, elle concerne une minorité d'individus. La plupart des Français restent attachés à la vaccination, mais l'opinion publique semble aujourd'hui ambivalente. La vaccination a des difficultés à garder son statut de réponse adaptée et nécessaire pour faire face à de nombreuses maladies infectieuses.

En effet, plusieurs infections épidémiques de l'enfant ont quasiment disparu grâce à la politique vaccinale, chassant du même coup de la mémoire collective la réalité clinique de ces maladies. Par ailleurs, on a l'impression d'une réticence grandissante liée à la crainte d'effets secondaires, à une remise en question de l'utilité, voire de l'efficacité ou de la sécurité de certains vaccins. La polémique en France autour du vaccin contre l'hépatite B a largement participé à décrédibiliser non seulement cette vaccination mais aussi l'ensemble des vaccins^{lvii}.

Principales causes de l'émergence de réticences dans la population

Prise de conscience insuffisante de son statut vaccinal

Lorsque le patient n'est pas correctement vacciné, les principaux motifs sont l'oubli de la vaccination (24,2%), la négligence (15,2%) et l'idée qu'à son âge, ce n'est plus la peine (9,5%). La crainte de devoir tout refaire est évoquée par 3% d'entre eux et 2,7% pensent que ces maladies sont devenues trop rares pour s'en préoccuper alors que 1,4% sont en faveur des méthodes «naturelles»^{xlvi}. La négligence des familles, le manque d'information, et le fait que, selon elles, le médecin n'ait pas proposé le vaccin, est souvent à l'origine d'une non-vaccination. Certaines personnes ne connaissent donc pas l'enjeu de la vaccination ou d'une revaccination, et y apportent peu d'intérêt.

Manque d'information sur les vaccins : des maladies qui n'inquiètent plus vraiment

La délivrance d'information sur la vaccination se fait pour la majorité des patients (66,9%) par le médecin lui-même et à 20,7% par la médecine du travail. Les médias et les campagnes de vaccination ont contribué à l'information respectivement de 11% et 13,7% des patients^{xlvi}.

Or, cette information est primordiale, car un patient bien informé sur les vaccinations et les maladies contre lesquelles elles protègent est plus à même de penser à la mise à jour de ses vaccins. Mais elle est souvent insuffisante et des questionnements sur l'utilité d'un vaccin ou la nécessité de rappels persistent. Par exemple, parmi les parents qui ne veulent pas faire vacciner leur enfant par le ROR, 30% évoquent comme cause la « bénignité de la maladie »^{xxvii}, alors que des complications graves de la rougeole existent.

C'est une des complexités de la vaccination : grâce à elle, certaines maladies infectieuses ne sévissent plus ou peu en France et on en oublie la gravité, voire la persistance au sein de la population, ce qui peut remettre en question son utilité.

De même, les risques de survenue d'épidémie en cas de mauvaise couverture vaccinale sont rarement connus. 13,4% seulement des patients interrogés sur les épidémies de diphtérie dans les pays de l'Est en avaient connaissance. Dès lors qu'ils en étaient informés, cela constituait un argument facilitant l'acceptation d'une vaccination de rappel pour 60,2% d'entre eux^{xlvi}.

L'amélioration de la communication sur ce qu'étaient les maladies évitables avant la vaccination, leur gravité et leur épidémiologie au niveau mondial favoriserait une démarche plus préventive.

La vaccination : une nécessité collective difficile à appréhender

L'immunité collective limite la transmission de certaines maladies infectieuses. Elle permet de protéger ceux qui ne peuvent pas se faire vacciner ou chez qui la vaccination a été inefficace. La persistance d'une bonne immunité de groupe permet de maintenir une faible incidence de la maladie, voire à terme de l'éradiquer, même si le bénéfice individuel n'est pas toujours visible. La vaccination illustre bien le paradoxe de la prévention selon laquelle une mesure de prévention apporte de grands bénéfices à la collectivité mais en offre peu à l'individu qui y participe. Sans être foncièrement opposés à la pratique vaccinale, certains peuvent mal apprécier l'intérêt de cette immunité collective.

La protection collective obtenue par une couverture vaccinale suffisante est une notion peu abordée. En France, la culture curative et individualiste prédomine encore sur la culture préventive. Beaucoup d'efforts sont à faire pour encourager et faire prendre conscience de l'importance de la prévention, notamment en matière de vaccination.

Des craintes face au vaccin et face au geste vaccinal

Le geste vaccinal

La piqûre peut être source d'anxiété pour les patients, qu'ils soient adultes, adolescents ou enfants. Dans l'enquête de Beytout^{xlvi}, la peur de l'injection est citée par 4,3% des patients. Cette anxiété peut conduire à retarder ou à éviter les vaccinations. Pourtant, il existe des solutions pour aider les patients à gérer la peur de la piqûre. Pour permettre à l'enfant de faire face à une douleur liée à un geste invasif, il est indispensable d'informer avant le geste et de distraire pendant. Pour les parents, la possibilité de réduire le nombre d'injections est un phénomène important : une présentation sous une forme combinée ne requérant qu'une injection pour 6 maladies constitue une avancée thérapeutique pour 80% d'entre eux.

La peur des effets secondaires

La crainte des complications après un vaccin peut être à l'origine de réticences face à la vaccination. Une réaction secondaire imputable à un vaccin, aussi bénigne soit-elle (inflammation au site de l'injection, fièvre...) reste fréquente et peut laisser suggérer que des réactions autrement plus graves sont possibles, alors même que le bénéfice individuel n'est quasiment pas perçu. Interrogées sur une liste de craintes générales et sanitaires, 24,7% des personnes déclarent craindre les risques liés aux vaccinations^{lviii}. Pour la rougeole par exemple, la crainte des complications liées à la vaccination est exprimée par 19,7% des parents qui ne souhaitent pas faire vacciner leur enfant.

La perception des risques vaccinaux qui varie selon le vaccin

Si seulement 43% de la population française estime que le vaccin contre l'hépatite B est « très sûr »^{lv}, cette proportion n'est pas beaucoup plus élevée pour le vaccin contre la grippe (54%). En revanche, 79% de la population est convaincue de la sécurité du vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les attitudes des différentes catégories de la population varient en fonction de leur propre intérêt pour tel ou tel vaccin. Par exemple, les personnes âgées de plus de 50 ans sont plus sensibilisées que leurs cadets aux risques de la grippe, et perçoivent probablement mieux l'intérêt de se faire vacciner. De même, les personnes ayant de jeunes enfants sont plus susceptibles d'avoir fait vacciner leur enfant par le ROR et donc d'avoir pu observer l'innocuité de ce vaccin.

Cependant, le vaccin contre l'hépatite B est celui qui laisse apparaître le plus d'incertitudes. La polémique médiatique autour de ce vaccin au cours des années 1990 a semé le trouble au sein du grand public et a été à l'origine d'une perte de confiance. Ces réticences, encore persistantes, ont été essentiellement provoquées chez les parents par les médias (86,6%), mais pour 17,1% d'entre eux par d'autres professionnels de santé. La crainte de la sclérose en plaque en est la cause dans la majorité des cas (56,1%), la polémique elle seule dans 8,9% des cas^{xli}. Les recommandations vaccinales en faveur de la vaccination contre l'hépatite B^{lix} sont pourtant bien tranchées et rejettent un quelconque lien entre sclérose en plaques et hépatite B, mais cette information n'a pas été correctement diffusée au sein de la population.

La multiplicité des vaccins

Le grand nombre d'injections recommandées reste mal perçu par le public : 27% des Français trouvent qu'il y a trop de vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal^{lvi}.

Ainsi, chaque individu a sa propre perception de la maladie (sa gravité, sa fréquence, le risque d'épidémie ...), de sa vulnérabilité face à celle-ci (le risque de contracter la maladie), du vaccin (son efficacité et son innocuité), et de l'intérêt collectif de la vaccination. Tous ces éléments participent du choix de se faire vacciner ou non.

Mais le manque d'information et de motivation de la population dans la mise à jour de ses vaccins semblent les raisons principales d'une couverture vaccinale déficitaire.

Afin d'empêcher que ce terrain ne se fragilise davantage, des efforts sont requis pour sensibiliser les patients aux enjeux de société liés au contrôle des maladies à prévention vaccinale. La transmission d'informations sur les effets secondaires, l'efficacité vaccinale et l'utilité vaccinale

fait partie des attentes de la population. C'est en améliorant cette information que les doutes pourront être levés et la couverture vaccinale augmentée.

Pratiques vaccinales des médecins généralistes

Les vaccinations sont réalisées en majorité par les médecins généralistes et de façon globale, à 90% par le secteur libéral, médecins généralistes et pédiatres^{lx}. Les sages-femmes peuvent également prescrire et réaliser certaines vaccinations*^{lxi}, les infirmiers aussi sur prescription médicale uniquement. Certaines structures participent à l'amélioration de la couverture vaccinale en proposant des consultations médicales avec des vaccinations gratuites, comme les Conseils Généraux ou l'État via les Centres de Vaccinations Polyvalentes, les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans, les Services Universitaires de

* les sages-femmes sont autorisées à pratiquer chez les femmes les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, la rubéole, l'hépatite B et la grippe ; chez les nouveau-nés les vaccinations par le BCG et contre l'hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs si la mère est porteuse de l'antigène anti-HBs.

Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) pour les étudiants. La médecine du travail veille également à la mise à jour des vaccinations nécessaires aux employés.

L'évolution de la couverture vaccinale repose sur les pratiques vaccinales des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes. Pour améliorer cette couverture, il est nécessaire de comprendre les raisons de pratiques pas toujours en adéquation avec les recommandations vaccinales et les causes des réticences au sein des médecins généralistes.

Activité vaccinale des médecins généralistes en France

Mise à jour des vaccins : comment y penser ?

Dans l'enquête de Beytout^{xlvi}, il est montré que les médecins connaissent bien le statut vaccinal de leurs patients et ont une bonne estimation de la couverture vaccinale nationale. La mise à jour des rappels est proposée à l'initiative du médecin 6 fois sur 10 (60,5% des cas), essentiellement dans le cadre de l'application normale du calendrier vaccinal (46,5%) ou à l'occasion d'une plaie à risque tétanigène (20,5%). Les informations disponibles sur la vaccination de l'adulte sont essentiellement consignées dans le carnet de vaccination (58%) et dans le carnet de santé (40,8%). On relève que le dossier médical informatisé commence à prendre de l'importance dans ce domaine (28,1%) ; il existe, en effet une zone prévue pour le recueil des informations vaccinales dans de nombreux logiciels alors qu'elle n'est enregistrée que dans 15,9% des dossiers médicaux traditionnels.

Il existe donc une diversité de supports importante, qui ne facilite pas la mise à jour vaccinale. Cependant, l'existence de traces écrites d'une vaccination permet de penser aux rappels vaccinaux et il est nécessaire d'informer le patient des dates de rappel, pour l'impliquer dans la démarche vaccinale.

Information délivrée au patient

La dernière étude qualitative (CFES 2001) réalisée en 2001 auprès d'un échantillon de médecins généralistes (post-test de l'outil médecin « ouvrons le dialogue »)^{xxvii} cible les difficultés que ressentent les professionnels de santé pour aborder le sujet de la vaccination avec leurs patients. La vaccination leur apparaît avant tout comme un acte, un geste et pas nécessairement un sujet d'éducation à la santé. L'invitation qui est faite aux médecins de modifier leur pratique dans le sens d'une relation plus proactive, pédagogique et informative, n'est pas si facilement acceptée ou n'est pas ressentie comme relevant de leur champ de compétences. Plusieurs arguments sont évoqués :

- Les problèmes de responsabilité en cas de complications ;
- L'absence de rémunération d'un acte de prévention consommateur de temps ;

- Des informations compliquées à délivrer ;
- L'indifférence des patients vis-à-vis d'informations qu'ils n'ont pas sollicitées ;

Des documents d'information destinés aux patients sont des outils intéressants pour y remédier. Interrogés sur l'intérêt des brochures sur les vaccinations de rappel, les médecins répondent qu'elles permettraient de susciter plus facilement le dialogue sur ce sujet. Celles-ci sont jugées utiles par les trois quarts des médecins dans l'enquête sur le suivi des recommandations vaccinales chez les enfants^{xli}, mais seuls 38,7% d'entre eux en disposent.

Si 56,1% des médecins pensent que leurs patients sont bien informés^{xliii}, ce chiffre traduit probablement une sous-estimation de la réalité : des démarches actives de leur part restent nécessaires même si elles sont difficiles. Les brochures sur la vaccination ne semblent pas assez disponibles alors qu'elles peuvent apporter une aide pour délivrer l'information aux patients, condition nécessaire pour l'amélioration de la couverture vaccinale.

Suivi et adaptations des recommandations vaccinales

Certaines études réalisées auprès des médecins généralistes ont permis d'appréhender leurs pratiques vaccinales.

Chez les enfants

Dans l'enquête auprès de médecins généralistes et de pédiatres sur le suivi des recommandations vaccinales chez les nourrissons de 0 à 24 mois^{xli}, seuls 43,4% des médecins généralistes déclarent suivre strictement les recommandations du calendrier vaccinal. Lorsqu'ils pratiquent des adaptations du calendrier vaccinal, celles-ci portent essentiellement sur la vaccination contre l'hépatite B (85,6% d'entre-eux) et le BCG (36,3%). Les autres vaccinations sont également touchées mais dans une moindre mesure avec des adaptations par 16,9% d'entre eux pour le ROR, 14,5% pour le vaccin contre la coqueluche, 8,4% pour le DTP et par 6,6% d'entre eux pour celui contre l'*Haemophilus influenzae* de type b.

Pour le DTPCHib, les modifications concernent essentiellement l'âge d'administration du premier vaccin retardé de 1 à 2 mois, à cause de l'existence d'une infection chez l'enfant.

Pour le ROR, il existe souvent un retard à la vaccination et 75% seulement des enfants ont eu une injection avant 18 mois.

L'hépatite B suscite le plus d'inquiétude, avec une adaptation du calendrier vaccinal chez plus de 60% de l'ensemble des médecins, qui retardent ou ne réalisent pas l'injection. Seuls 40% des médecins ont déclaré pratiquer la vaccination contre l'hépatite B au cours des 2 premières années.

Pour justifier ces retards ou ces non-vaccinations, en dehors de l'infection, la multiplicité des injections est citée en premier (53,5%) devant l'âge jugé trop faible des nourrissons (39,1%). Pour l'hépatite B, la crainte de la sclérose en plaques se retrouve également dans 2% des cas.

Une enquête de 2007 sur la vaccination chez les enfants de 0 à 5 ans en Poitou-Charente^{lxii} réalisée dans le cadre d'une thèse corrobore ces données. Les non-respects du calendrier vaccinal par les médecins généralistes chez les enfants de 0 à 5 ans portent essentiellement sur la vaccination hépatite B et sur les retards d'injections pour les vaccins DTPCHib, ROR et anti-pneumococcique. Souvent, les médecins proposent de décaler les injections à une période où l'enfant n'en a pas d'autres de prévues. L'autre principale raison de ces retards reste la négligence parentale.

Une étude, réalisée en 2006 auprès des médecins généralistes et pédiatres abonnés à Infovac-France, a estimé la fréquence de la réalisation du BCG-SSI[®] chez l'enfant par voie intradermique et celle de ses effets secondaires^{lxiii}. Entre janvier et avril 2006, 40% de ces médecins généralistes n'ont pas fait de BCG par voie intra-dermique. Pour ceux pratiquant le BCG, 35% poursuivent encore la vaccination systématique de tous les nourrissons, les autres le réalisent lors de l'entrée en collectivité (33,3%) ou du fait de la présence de facteurs de risques (7,8%). La vaccination par le BCG reste le plus souvent réalisée entre un et trois mois (71,5%).

La non-pratique du BCG risque d'augmenter devant la constatation fréquente d'effets indésirables, par près de la moitié des médecins interrogés qu'ils aient vacciné eux-mêmes ou non.

Chez les adultes

Il y a peu d'études récentes sur les pratiques vaccinales des médecins généralistes chez les adultes.

D'après le Baromètre santé 2003^{lxiv}, la vaccination des personnes âgées contre la grippe est pratiquée « souvent » ou « systématiquement » par plus de 93% des généralistes. Il en est de même pour la vaccination anti-tétanique réalisée « systématiquement » ou « souvent » dans 87% des cas.

D'après une enquête récente (2007) sur la vaccination anti-coquelucheuse menée auprès des médecins généralistes appartenant au réseau Sentinelles^{lxv}, si 80% d'entre eux déclarent avoir eu connaissance des nouvelles recommandations pour les adultes, seuls 25% leur proposent une revaccination et 71% informent les patients de manière ciblée, essentiellement lors d'un rappel décennal. Néanmoins, la vaccination n'est faite que dans 35% des cas aux patients susceptibles de devenir parents, 30% lors du début d'une grossesse et 25% lors de la première consultation dans le post-partum.

Une information auprès des professionnels de santé, des campagnes d'éducation et des actions spécifiques semblent donc nécessaires pour accompagner de nouvelles recommandations et favoriser leurs applications.

Formation des médecins généralistes

Lors des études médicales, très peu d'heures sont accordées à la vaccination, à peine 2 heures pour appréhender le calendrier vaccinal. Elles ne concernent que le module de pédiatrie, alors qu'un renforcement de cette formation permettrait probablement d'obtenir une meilleure adhésion des médecins aux recommandations vaccinales, notamment chez l'adulte.

Le mode d'acquisition de l'information^{lxvi} chez les médecins généralistes se caractérise en 2007 par :

- Un recours très large à la visite médicale : un tiers des médecins reçoit 7 visiteurs médicaux par semaine. Seuls 3 à 5% des médecins n'en reçoivent jamais.
- Un temps significatif consacré à la lecture, la presse étant un outil d'actualisation des connaissances privilégié : les médecins font en moyenne 24 lectures de presse médicale par mois. En France, la littérature scientifique reste la principale source d'information des médecins (74%), les recommandations des autorités de santé étant peu consultées (13%). Le calendrier vaccinal est une référence pour 81% des médecins français, ce qui reste le plus faible taux d'Europe (93% en moyenne dans les autres pays)^{lvi}.
- Une utilisation croissante d'internet : 72% des médecins s'en servent régulièrement dans leur pratique professionnelle au minimum une fois par semaine, 73% l'utilisent pour rechercher des informations sur le médicament. Ils se connectent essentiellement sur les sites de base de données universitaires, presse médicale, laboratoire pharmaceutique.
- L'aide d'actions de la profession : note d'information par l'URML, bulletins d'information du conseil de l'ordre.
- La participation à des Formations Médicales Continues (FMC) (obligatoires depuis l'ordonnance d'Alain Juppé en 1996). Mais les FMC consacrées à la vaccination restent faibles en France, et représentent moins de 1% de l'ensemble des FMC.

Opinion et réserves des médecins généralistes face à la vaccination

Une opinion majoritairement favorable

Les médecins généralistes restent très majoritairement favorables à la vaccination. Ils sont les principaux prescripteurs de la vaccination et 61% des Français suivent les recommandations de leur médecin^{xlvi}. Leur adhésion à la vaccination est donc un élément déterminant dans l'application de la politique vaccinale.

Interrogés lors d'une enquête européenne sur la vaccination^{lvi}, les médecins généralistes français se démarquent en ayant la perception des vaccins la plus positive d'Europe : 99% en ont une perception « très positive » (86%) ou « positive » (13%).

Le Baromètre médecins/pharmaciens 2003^{lxiv}, grâce à une enquête auprès de médecins généralistes sur leur opinion et attitude vis-à-vis de la prévention et de la vaccination, confirme que 97% d'entre eux sont « favorables » à la vaccination. Mais la proportion de ceux qui sont « très favorables » diminue (75,5% en 2003, contre 85,2% en 1994), soit près de 10% en moins de dix ans.

Ces données Baromètre indiquent également qu'une attitude favorable à la vaccination est le plus souvent liée au fait de ne pas avoir de mode d'exercice particulier principalement l'homéopathie, de travailler en secteur 1, d'être médecin référent, d'avoir un nombre d'actes journaliers supérieur à 20, de travailler en cabinet de groupe, de faire partie d'un réseau, d'être un homme et d'avoir 40 ans ou moins.

L'opinion des médecins généralistes face à la vaccination est globalement positive, mais une perte de confiance semble apparaître.

Une méfiance qui s'installe face à certains vaccins

Si le pourcentage d'attitude « favorable »^{lxiv} des médecins généralistes envers la vaccination ROR s'est stabilisé, oscillant autour de 94% depuis 1994, en ce qui concerne la vaccination anti-hépatite B, un pic d'attitude « très favorable » à la vaccination des adolescents en 1994 (86%) a été suivi d'une nette diminution en 1998 (55%) pour n'atteindre que 36% en 2003. Cela reflète très clairement le début de la campagne de vaccination en 1994, suivi de son interruption médiatisée en 1998 et de la polémique autour des effets secondaires imputés au vaccin, notamment sur les risques de maladie démyélinisante.

En revanche, l'attitude « favorable » à la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B a augmenté pour la première fois entre 1998 et 2003, passant de 51 à 59%. Elle reste cependant

faible, alors que la publication régulière des rapports de pharmacovigilance a toujours réaffirmé l'innocuité du vaccin chez le nourrisson. Les études réalisées sont également concordantes. Elles ne retrouvent pas de relation entre sclérose en plaque et hépatite B, ni chez les enfants^{xxii,xxiii}, ni chez les adolescents^{lxvii}, ni dans la population générale^{lxviii,lix,lxx,lxxi,lxxii,lxxiii,lxxiv}. Seule une étude rétrospective cas-témoins chez des adultes^{lxxv} a montré une augmentation des scléroses en plaques chez les personnes vaccinées contre l'hépatite B, mais elle comportait plusieurs biais. Cela n'a donc pas remis en cause le rapport positif entre le bénéfice/risque de la vaccination contre l'hépatite B.

Difficulté de juger du bénéfice/risque d'un vaccin : des informations pas toujours claires

Il est difficile pour un médecin d'émettre son propre jugement sur l'opportunité d'un vaccin, et d'appréhender les bénéfices par rapport aux risques d'un vaccin. Les informations ne sont pas toujours claires, notamment en matière de pharmacovigilance, d'efficacité du vaccin, ou sur les risques épidémiques d'une maladie. Dans le même temps, des doutes sur la durée et l'efficacité de l'immunité vaccinale apparaissent et des conflits d'intérêt entre les décisions de Santé Publique et l'industrie pharmaceutique sont suspectés. L'ensemble de ces éléments favorise des réserves face à certains vaccins.

La crainte des effets indésirables est également présente chez les médecins. Pour le BCG par exemple, les effets secondaires sont fréquents et près de la moitié des médecins ont déjà été confrontés à des complications loco-régionales^{lxiii}, majoritairement des inflammations, des indurations, des écoulements ou des abcès, plus rarement des adénites suppurées. Par ailleurs, il n'existe aucun traitement validé de ces BCGites localisées et le temps de guérison est souvent long (six à neuf mois pour une lymphadénite). Les médecins peuvent donc être amenés à se poser la question du bénéfice du BCG, d'autant que c'est un des premiers vaccins effectué chez le nourrisson, avec les conséquences éventuelles sur l'acceptation par les parents des vaccins ultérieurs.

Dans une étude de 2005 auprès d'un échantillon représentatif de 400 médecins généralistes et pédiatres, une majorité d'entre eux (58%) déclare se poser des questions sur l'opportunité de certains vaccins donnés aux enfants et 31% font part de craintes par rapport à la sécurité de ceux-ci^{lxxvi}.

Les perceptions de l'utilité et de la sécurité d'un vaccin sont d'ailleurs souvent corrélées. Ainsi, les vaccins contre le tétanos et la poliomyélite sont perçus comme les plus utiles, mais aussi comme les plus sûrs. De même, le vaccin contre l'hépatite B, le BCG et le vaccin anti-pneumococcique sont non seulement parmi ceux qui sont perçus comme les moins sûrs, mais aussi comme les moins utiles^{lv}.

Modifications trop fréquentes du calendrier vaccinal

Plusieurs éléments sont susceptibles de faire évoluer le calendrier vaccinal dans le temps : modifications épidémiologiques, amélioration des connaissances en matière de vaccination, intégration de nouveaux vaccins. Les médecins doivent adapter leur pratique à l'évolution de ces recommandations et sont donc confrontés à un nombre important de vaccins à administrer selon un calendrier vaccinal complexe. Ces modifications fréquentes sont source d'incompréhension et de doutes face aux vaccins. La gestion d'un calendrier vaccinal changeant nécessite une information claire et simplifiée.

En conclusion

Si l'adhésion à la vaccination reste globalement bonne, la confiance systématique accordée à la vaccination apparaît donc un peu diminuée, également du côté des professionnels de santé.

Les médecins partagent pour beaucoup les mêmes craintes que la population générale en matière de sécurité vaccinale. Même si l'on pourrait supposer le contraire, venant d'un groupe de personnes mieux informées, les médecins sont sujets aux mêmes influences médiatiques que le public. Ils peuvent être influencés par les craintes de leurs patients et peuvent se sentir insuffisamment informés par les autorités de santé quant à l'intérêt de la vaccination^{iv}. Les modifications fréquentes du calendrier vaccinal entretiennent ces doutes et certaines confusions.

Or, l'avis des médecins est souvent décisif dans la décision de vaccination des Français, et l'expression de doutes de leur part risque d'entraver à terme la couverture vaccinale. La capacité de convaincre un patient réticent dépend de la propre conviction du médecin.

Une démarche d'information et de formation mieux adaptée au contexte actuel est donc à promouvoir auprès des médecins généralistes, afin de consolider cette pratique de prévention irremplaçable. Les vaccinoteurs sont en attente de soutien de la part des autorités de santé pour être mieux armés et pouvoir répondre aux questions concrètes que se pose le public, et ainsi participer à la promotion de la vaccination.

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes en Loire-Atlantique

Création du CVP

Les départements ont pris en charge la lutte contre les maladies à prévention vaccinale en 1983, suite à la loi sur la répartition des compétences entre les départements^{lxxvii}. Le Conseil Général était ainsi tenu d'organiser des séances publiques de vaccinations. Cette décentralisation de la politique vaccinale s'est avérée complexe entraînant une variabilité et des inégalités dans les pratiques vaccinales sur le territoire national.

En 2002, devant ces difficultés, six propositions sont faites pour relancer la politique vaccinale^{lxxviii} :

- développer une véritable politique vaccinale qui aille au-delà de simples recommandations ;
- disposer d'outils d'évaluation de la couverture vaccinale validés et étendus à l'ensemble du territoire ;
- rendre gratuits tous les vaccins obligatoires ou recommandés afin d'en changer le statut et d'en faciliter l'accessibilité ;
- renforcer l'information et la formation des médecins et des professionnels de santé ;
- développer auprès du grand public des stratégies de communication et d'éducation ;
- faciliter le suivi individuel du calendrier vaccinal : carnet de santé, de vaccinations, sur support papier ou électronique (à relier avec l'évaluation de la couverture vaccinale).

Suite à ces propositions, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités localesⁱⁱ annonce la recentralisation vers l'Etat de certaines compétences en matière de santé publique dont la vaccination. Elle a pour objet d'assurer un dispositif de vaccinations gratuites de qualité, qui soit harmonisé sur l'ensemble du territoire, en tissant un réseau efficace de centres de vaccinations en France.

Ces centres ont pour mission la promotion de la vaccination auprès des professionnels de santé et du grand public et surtout d'offrir aux personnes les plus démunies, ayant difficilement accès aux structures de soins et de prévention, la possibilité d'être vaccinées gratuitement. Ils doivent donc s'engager à assurer :

- le maintien ou la constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre ;
- la présence d'un médecin sur les lieux aux heures d'ouverture ;
- un entretien individuel d'information et de conseil ;
- la disponibilité de l'équipement et du matériel nécessaires aux vaccinations et au traitement d'éventuelles réactions indésirables graves ;
- la tenue à jour d'un registre assurant la traçabilité des vaccinations pratiquées ;
- la déclaration au centre régional de pharmacovigilance des effets indésirables graves ou inattendus susceptibles d'être dus aux vaccins ;
- des actions d'information dans le cadre de la politique vaccinale.

Cette loi transfère donc à l'Etat ces missions de santé publique et de politique vaccinale à compter du 1^{er} janvier 2006 et laisse aux départements la possibilité de conserver ou non tout ou partie de ces compétences qui leur incombait jusqu'alors. Le Conseil Général de Loire-Atlantique a choisi de ne pas poursuivre ces activités, le préfet de Loire-Atlantique a donc proposé au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes de les reprendre : le Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP) est alors créé le 9 mai 2006 à Nantes au Tourville. Le CVP est l'une des 3 unités fonctionnelles du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD).

Actions du CVP

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes de Loire-Atlantique a vocation à participer à la mise en œuvre de la politique vaccinale, aux côtés des médecins libéraux, des médecins du travail, des services hospitaliers ou de Protection Maternelle Infantile (PMI) qui pratiquent les vaccinations^{lxxix}.

Les objectifs

Public ciblé

Le CVP oriente prioritairement ses actions vers les personnes qui accèdent difficilement aux structures de soins et de prévention. Il doit aller à la rencontre des populations les plus à risque, les plus exposées, ou éloignées géographiquement des structures de soins. Le rapprochement santé-précarité est une nécessité pour réduire les inégalités sociales et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Promouvoir et développer des activités d'information et de vaccination à l'échelle départementale

Il coordonne et renforce les actions de vaccination dans le département. L'objectif reste d'améliorer la couverture vaccinale en Loire-Atlantique, en développant des actions d'information vers le grand public et les professionnels de santé et en assurant l'articulation avec la médecine de ville, principal effecteur de la politique vaccinale.

Participer à l'évaluation de la couverture vaccinale et de la pharmacovigilance

Une de ses missions est d'améliorer le suivi du taux de couverture vaccinale en transmettant à l'Etat les données relatives à son activité et de participer à la surveillance des effets secondaires liés aux vaccins en réalisant les déclarations de pharmacovigilance lors d'une complication d'un vaccin.

Une activité de vaccination sur place

Le centre propose gratuitement au public prioritaire les vaccinations obligatoires et recommandées selon le calendrier vaccinal en vigueur. Les consultants ayant une couverture sociale complète sont secondairement réorientés vers leur médecin traitant.

Le CVP de Loire-Atlantique assure ces séances de vaccination au Tourville à Nantes, avec ou sans rendez-vous. Une consultation médicale préalable est systématiquement réalisée.

Des activités extérieures auprès d'un public précaire ciblé : séances d'information et de vaccination

Le centre développe ses missions sur tout le département avec l'aide d'une équipe mobile. Elle est constituée au minimum d'un médecin et d'une infirmière, et elle effectue des actions d'information et/ou de vaccination gratuitement sur le département de Loire-Atlantique.

Depuis le mois d'octobre 2007, le centre s'est doté d'un camion, pour se déplacer dans le département. Il est équipé d'une salle d'accueil et de consultation, et d'une salle de soins répondant aux normes d'hygiène et de sécurité sanitaire. Ce véhicule est nommé « Bus Prévention Santé » (Annexe 1).

Afin d'aller à la rencontre des populations en difficulté, le CVP a développé des projets avec des partenaires sociaux. En janvier 2007, une convention a été signée avec la Ville de Nantes afin que l'équipe mobile réalise des séances de promotion de la vaccination et des vaccinations auprès des habitants des 7 quartiers ciblés par la ville de Nantes, regroupant des populations en précarité socio-économique et au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), chaque mois. Cette convention est actuellement en cours d'évaluation.

Un partenariat existe également avec le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de l'Université de Nantes (SUMPPS) et une séance de vaccination des étudiants est réalisée chaque mois dans les locaux du SUMPPS tout au long de l'année universitaire.

Des partenariats se sont créés avec Médecin du Monde, notamment pour aller intervenir sur les terrains roms de la commune de Nantes. Le CVP agit également en partenariat avec les missions locales, les centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), l'Association Internationale pour le Droit d'Asile (AIDA), l'Agence Nationale d'Accueil des Étrangers et des Migrants (ANAEM), les restaurants sociaux, les centres d'hébergements et de réinsertion locale...

Le CVP développe ses réseaux de partenaires sociaux dans l'ensemble du département, pour améliorer l'efficacité de ses actions d'information et de vaccination.

Des actions de promotion de la vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé

Le CVP doit être un centre de référence en matière de conseils et doit promouvoir la vaccination dans le département. Pour répondre complètement aux objectifs fixés par la loi de recentralisation,

il doit mener des actions de promotion à destination du grand public et des professionnels de santé. Il ne s'agit pas seulement de donner la possibilité au public de consulter les professionnels du centre mais d'avoir aussi une démarche volontaire de promotion de la vaccination en allant au-devant de la population et des professionnels de santé.

- Des séances d'information du grand public ont été organisées lors de grands évènements, comme la foire de Béré à Châteaubriant, où un stand dans le Bus Prévention Santé a permis d'informer de nombreux visiteurs sur la vaccination.
- Des brochures sur la vaccination sont réalisées à l'intention du grand public et des partenaires. Elles sont distribuées lors de ces séances.
- Le CVP propose des FMC sur la vaccination pour les médecins généralistes et des formations pour les médecins du SUMPPS. Des cours de vaccinologie sont aussi dispensés pour les étudiants futurs professionnels de santé.
- Des conférences sont réalisées sur les actualités vaccinales : une première à l'occasion de l'inauguration du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage et du CVP le 20 décembre 2007, et un séminaire de formation des professionnels de santé organisé avec Medqual le 6 novembre 2008.
- Le CVP peut accueillir un interne de médecine générale ou de spécialité et participe à sa formation. C'est aussi un terrain de stage pour les étudiants infirmiers et les externes en médecine.

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes mène une réflexion pour améliorer la couverture vaccinale insuffisante en France et en Loire-Atlantique, et pour développer des projets de promotion de la vaccination. En 2008, pour sensibiliser les professionnels de santé et le grand public à la vaccination, il a été décidé de participer à la Semaine Européenne de la Vaccination. L'organisation de cette campagne de promotion est une partie de ce travail de thèse et sera reprise dans la dernière partie.

D'autre part, une enquête d'opinion a été réalisée en 2008 auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique afin de faire un état des lieux sur la vaccination et de réfléchir aux actions à mettre en place pour répondre aux attentes des médecins généralistes. La réalisation de l'enquête et ses résultats sont présentés et discutés dans la partie suivante.

**ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE LOIRE-ATLANTIQUE**

Objectifs de l'étude

Les médecins généralistes ont un rôle majeur dans la prévention vaccinale, et il est nécessaire de mieux cerner leur attitude face à la vaccination. Ainsi, pour promouvoir efficacement la vaccination en Loire-Atlantique, il nous a semblé important d'appréhender la perception et les pratiques vaccinales des médecins généralistes et de cibler leurs besoins et leurs difficultés en matière de vaccination.

Nous avons donc réalisé une enquête d'opinion auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique, afin de réfléchir aux actions à envisager et tenter de leur apporter des solutions adaptées.

L'objectif de cette étude est de connaître l'opinion des médecins généralistes du département sur la vaccination, de décrire leur attitude par rapport au calendrier vaccinal en vigueur (calendrier vaccinal 2007 au moment de l'enquête) et d'évaluer les besoins de formation en matière de vaccination.

Matériel et méthode

Schéma d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, effectuée en Loire-Atlantique auprès des médecins généralistes par un questionnaire qui leur a été envoyé en janvier 2008.

Population d'étude

La population étudiée est composée des 1210 médecins généralistes de Loire-Atlantique exerçant une activité libérale, répertoriés auprès de la CPAM de Nantes et de Saint-Nazaire. Leur répartition est reprise sur une carte du département (Annexe 2). Nous avons choisi d'inclure l'ensemble de ces médecins généralistes, même ceux ayant un mode d'exercice particulier, exclusif ou non (comme l'angiologie, l'homéopathie, l'acupuncture...), sans faire d'échantillonnage.

Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec les médecins du Centre de Vaccinations Polyvalentes et avec l'aide d'un médecin de santé publique. Il est en 3 parties sur 3 pages. Les médecins ont dû répondre principalement à des questions fermées. Une lettre de présentation (Annexe 3) du CVP et de l'enquête était jointe au questionnaire.

Le questionnaire (Annexe 4) est anonyme, mais un encadré en 1^{ère} page demande de renseigner l'âge, le sexe, la commune d'exercice et son code postal, ainsi que les activités pratiquées autres que la médecine générale, exclusives ou non.

Trois thèmes sont abordés, correspondant chacun à une partie du questionnaire :

- La perception de la vaccination : les médecins se sont exprimés sur leur représentation de la vaccination, avec des questions successivement sur leur opinion de la vaccination, leur confrontation aux effets secondaires, la documentation vaccinale dont ils disposent au cabinet et leur connaissance ou non du Centre de Vaccinations Polyvalentes.
- Les pratiques vaccinales : les médecins ont ensuite été questionnés sur l'attitude de leurs patients face à la vaccination, les réticences qu'eux-mêmes pouvaient éprouver face à certains vaccins avec les raisons de ces réticences, les moyens utilisés pour penser à la mise à jour des vaccins de leurs patients, puis sur leurs pratiques vaccinales.
- La formation : enfin ils ont été interrogés sur les moyens de formation qu'ils utilisent, leurs besoins en formation concernant la vaccination et la technique d'injection intradermique du BCG, et sur leur nécessité de documentation pour leurs patients.

Ceux qui ne pratiquent pas la vaccination n'étaient concernés que par la 1^{ère} et la 3^{ème} partie.

Envoi et réception

Le questionnaire et la lettre d'introduction ont été envoyés par voie postale aux 1210 médecins, avec une enveloppe affranchie pour le retour, après leur impression à la reprographie du CHU de Nantes. Il n'y a pas eu de relance après l'envoi.

La CPAM de Nantes et de Saint-Nazaire nous ont transmis leurs fichiers d'adresse des médecins généralistes. Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes a permis l'envoi du courrier en finançant les enveloppes affranchies pour la réponse, ainsi que l'impression des questionnaires.

L'envoi s'est fait entre le 8 et le 28 janvier, le temps de mettre l'ensemble des questionnaires sous pli. La clôture de réception a été fixée 2 mois après l'envoi, la plupart des retours se faisant généralement juste après la réception du questionnaire.

Recueil et analyse des données

La saisie des données du questionnaire a été possible avec le logiciel EPI INFO (Epi-Info 6.04, CDC, Atlanta, GE, USA) et l'analyse a été réalisée avec SPSS pour Windows (SPSS 10.07, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Il s'agit d'une analyse descriptive essentiellement. Les résultats sont exprimés en pourcentage, suivis de l'effectif correspondant de médecins (nombres de réponses obtenues) : fréquence % (n=).

Des comparaisons entre variables dichotomiques ont été réalisées en utilisant un test de chi2 ou le test exact de Fischer. Les valeurs de $p < 0,05$ ont été considérées comme significatives.

Les résultats sont essentiellement présentés sous forme de graphiques.

Résultats

Taux de réponses

Sur 1210 questionnaires, 459 questionnaires ont été reçus dans les délais, 5 n'ont pas été exploités car ils nous sont parvenus trop tardivement. Le taux de réponses global est de 38%.

Profil des médecins répondeurs

Âge

97% des médecins (n=445) ont répondu à la question. L'âge moyen des médecins est de 48,1 ans (+/- 8,6). Les âges extrêmes vont de 29 à 87 ans.

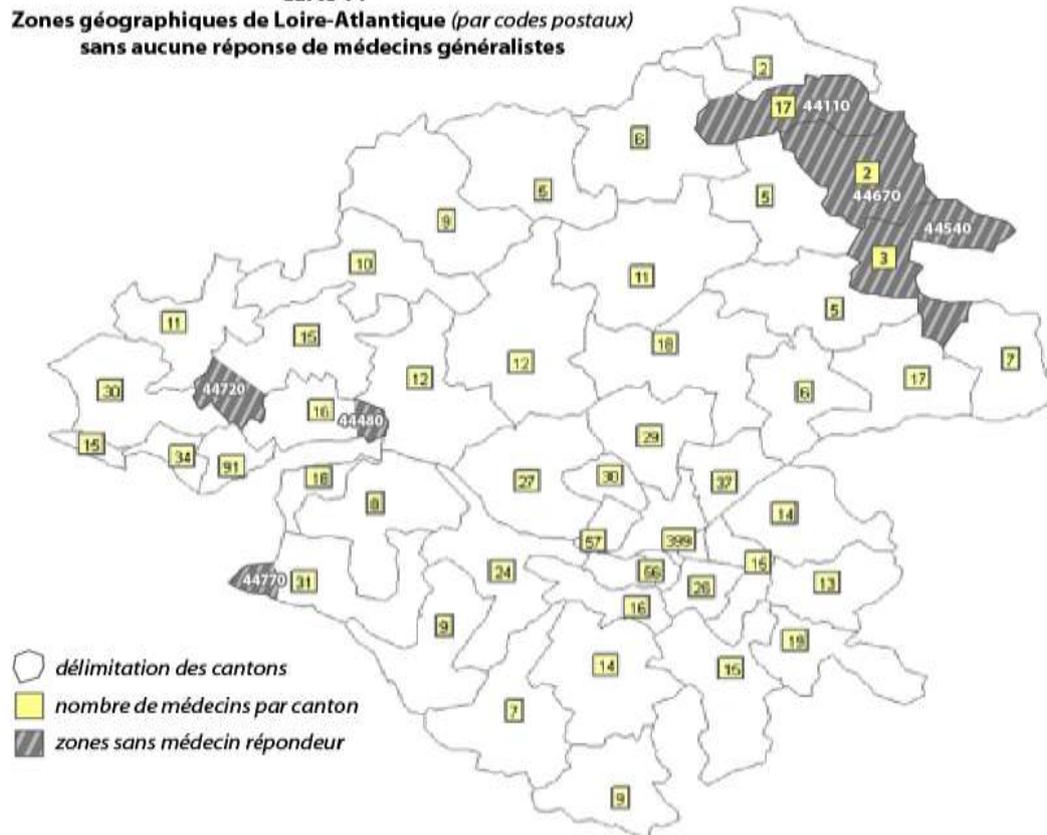
Sexe

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, la majorité sont des hommes (n=293), soit 65,3%. 156 sont des femmes soit 34,7%. 2,2% des données sont manquantes (n=10).

Répartition géographique

L'ensemble du département est relativement bien représenté par les médecins répondeurs, en dehors de 6 zones géographiques (correspondant à 6 codes postaux) où aucun des médecins y exerçant n'a répondu, secteur de Châteaubriant notamment. Pour les autres zones (correspondant aux autres codes postaux), au moins un médecin a renvoyé notre questionnaire (Carte 1). 2% des données sont manquantes (n=9).

Carte 1 :
Zones géographiques de Loire-Atlantique (par codes postaux)
sans aucune réponse de médecins généralistes

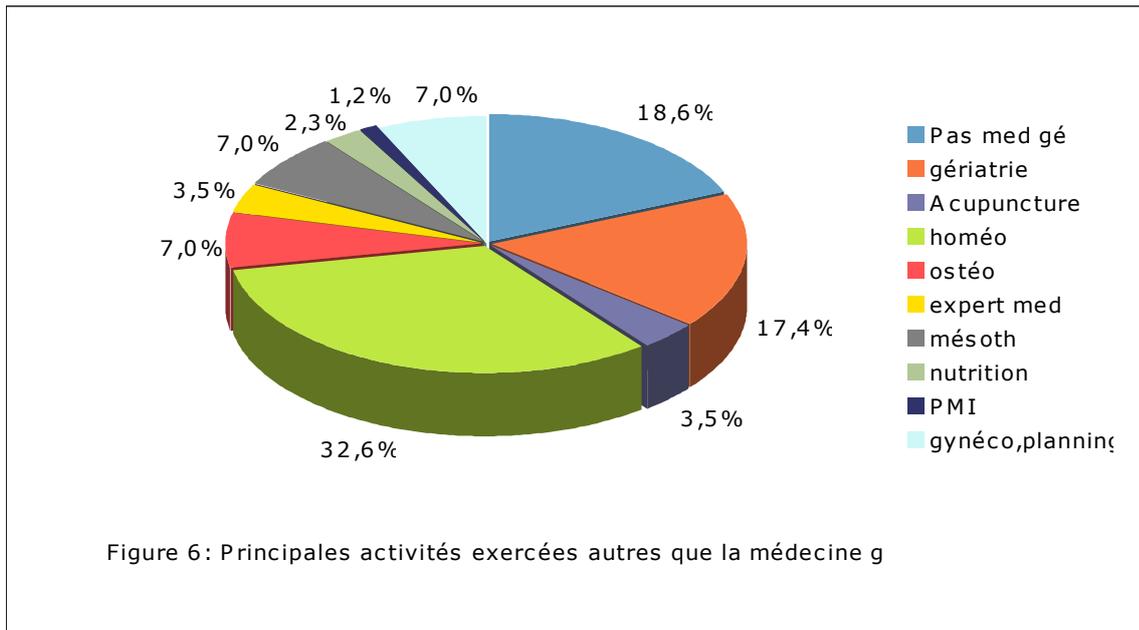


Leur activité

98,9% des médecins (n=454) ont répondu à cette question. 77,3% d'entre eux (n=350) n'exercent pas d'autres activités que la médecine générale.

Parmi les 22,7% pratiquant une autre activité (n=103), elle est exclusive dans 18,7% des cas (n=16) : urgentistes, médecins travaillant à SOS ou angiologues ne pratiquant plus la médecine générale.

Pour les autres, cette activité est associée à la médecine générale. La plus fréquemment pratiquée est l'homéopathie, pour 32,6% de ces médecins (n=28), puis la gériatrie pour 17,4% (n=15), et l'ostéopathie, la mésothérapie, la gynécologie (avec le planning familial), chacune pour 7% d'entre eux (n=6). L'acupuncture et l'expertise médicale sont chacune pratiquées par 3,5% des médecins (n=3). 2 sont aussi nutritionnistes, 1 travaille en plus en PMI. 17 n'ont pas cité leur activité associée (Figure 6).



Analyse

Perception de la vaccination

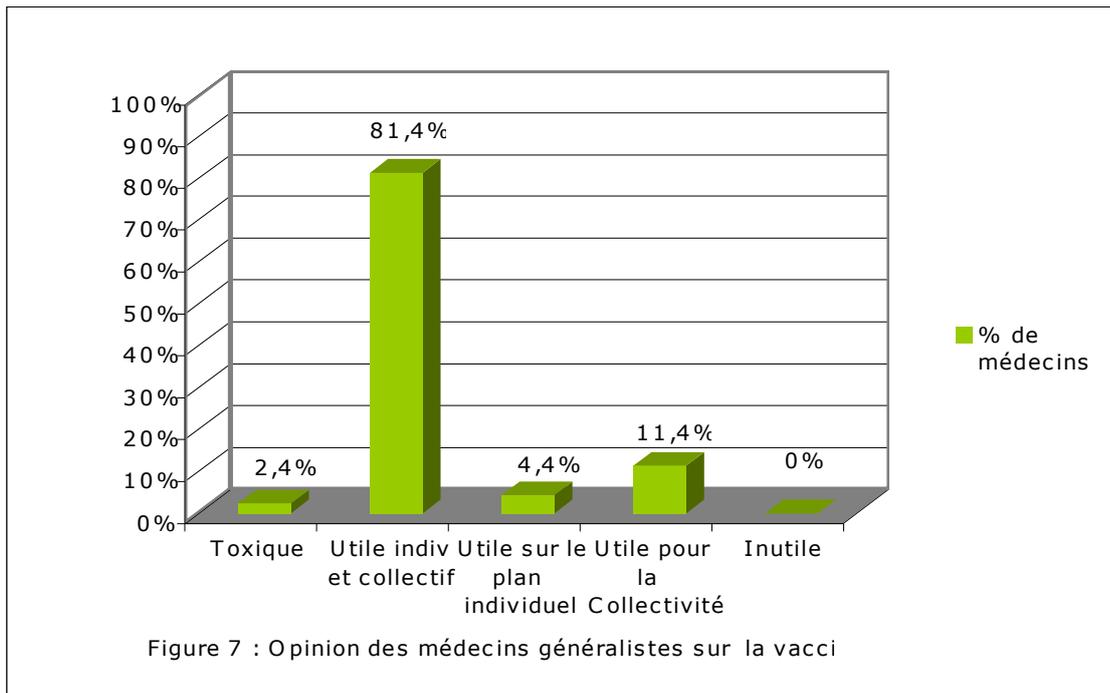
Opinion des médecins généralistes de Loire-Atlantique sur la vaccination

La vaccination est « utile pour la collectivité et à titre individuel » pour 81,4% des médecins répondeurs (n=342), « utile pour la collectivité » pour 11,4% (n=48), « utile à titre individuel » pour 4,4% (n=20), et « toxique » pour 2,4% d'entre eux (n=10) (Figure 7).

Par contre, près de 11% des homéopathes considèrent la vaccination toxique, ce qui est significativement plus que les autres médecins généralistes (p=0,02).

Aucun des médecins n'a répondu « inutile parce que les maladies concernées ne sont plus d'actualité », ni « inutile parce que les maladies couvertes sont bénignes », ni « inutile parce que peu ou pas efficaces ». 8,5% des données sont manquantes (n=39).

Au total, 97,6% des médecins considèrent la vaccination utile.

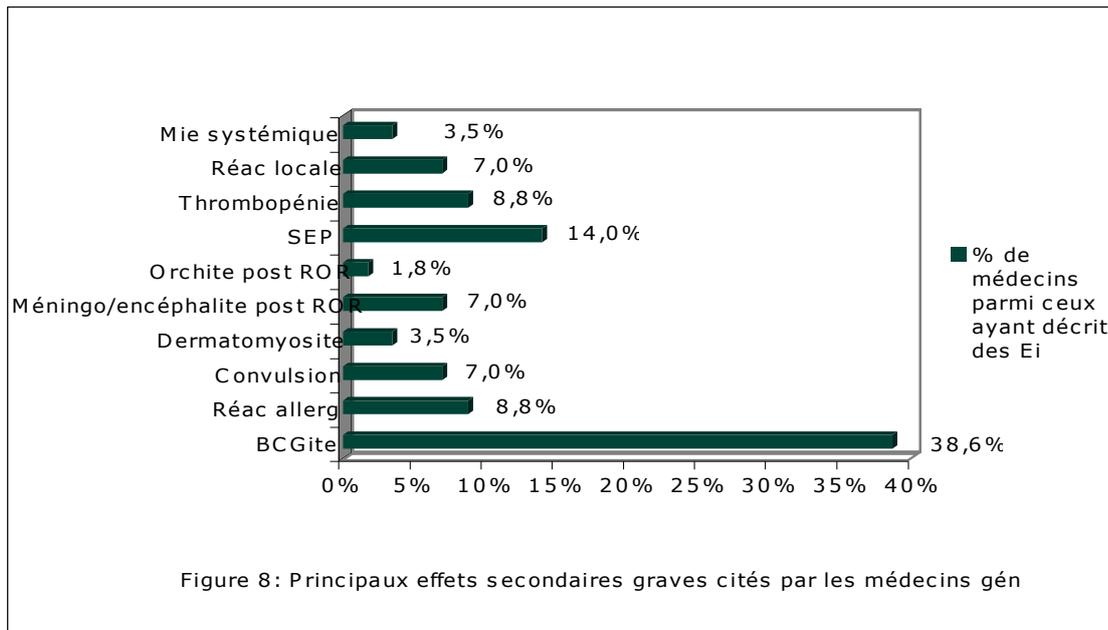


Effets secondaires graves rencontrés

84,1% des médecins (n=355) déclarent n'avoir jamais été confrontés à des effets secondaires graves de la vaccination. 15,9% (n=67) déclarent en avoir déjà observés. Les médecins homéopathes ont significativement plus souvent déclaré avoir rencontré des effets secondaires graves (p=0,01) (32% d'entre eux). 8,1% des médecins (n=37) n'ont pas répondu à cette question.

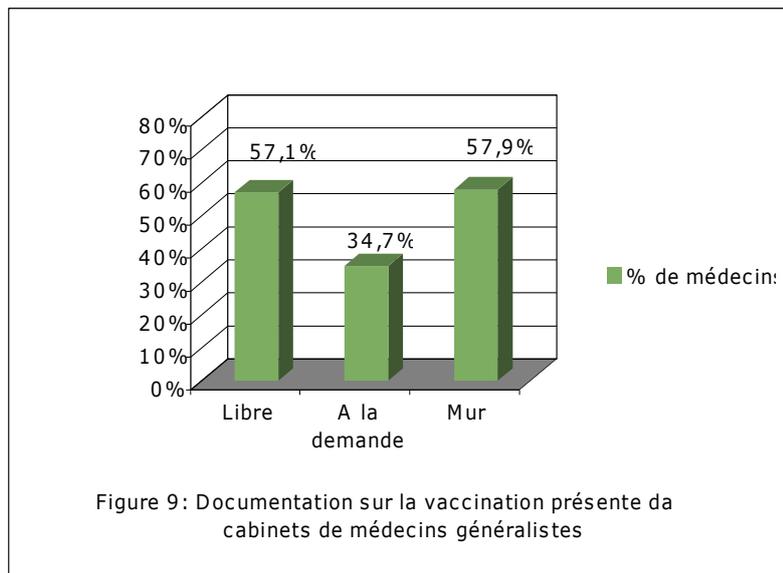
Les effets secondaires graves cités sont les suivants : 5 médecins ont décrit des réactions allergiques après une vaccination, 4 des réactions locales importantes, 4 des convulsions, 5 des thrombopénies. Après un BCG, 22 médecins ont déjà été confrontés à une BCGite. Après un ROR, 2 ont décrit une encéphalite, 2 une méningite, 1 une orchite. Après un vaccin anti-grippal, 2 médecins y rattachent le développement d'une maladie systémique chez un de leur patient. Après le vaccin contre l'hépatite B, 8 médecins rapportent le développement d'une sclérose en plaques (SEP) chez un de leur patient. 10 médecins (parmi les 67) n'ont pas cité les effets secondaires rencontrés.

Ces données sont reprises en pourcentage de médecins parmi les médecins ayant décrit des effets indésirables (Ei) (Figure 8). Les principaux rencontrés sont des BCGites pour 38,6% d'entre eux, une SEP pour 14%, une réaction allergique ou une thrombopénie pour 8,8% d'entre eux.



Documentation sur la vaccination

Parmi les médecins répondants, 57,1% (n=240) disposent de documents sur la vaccination dans leur cabinet, accessibles librement à leurs patients, dans la salle d'attente par exemple. 34,7% (n=145) ont des dépliants d'information qu'ils donnent uniquement à la demande de leurs patients, et 57,9% (n=243) ont des affiches sur la vaccination accrochées au mur de leur cabinet (Figure 9). Il n'y a pas de différence significative avec les médecins homéopathes. 8,5% des médecins (n=39) n'ont pas répondu à ces questions.



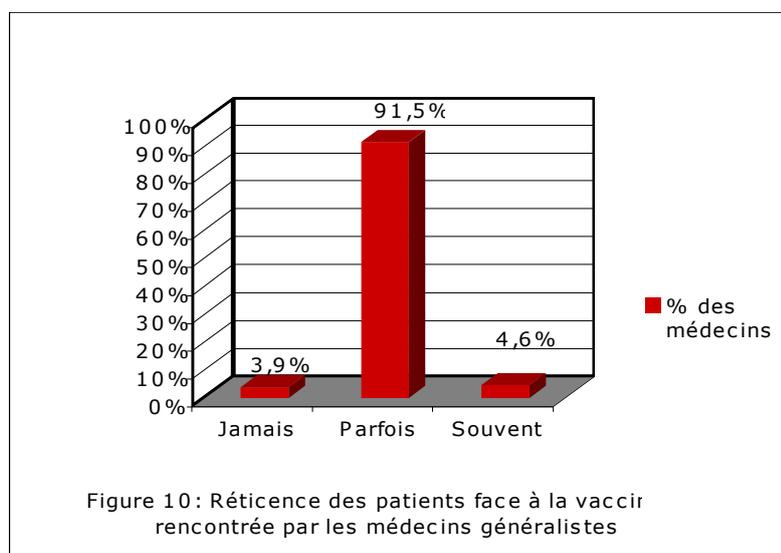
Connaissance du CVP

75,6% des médecins (n=319) ne connaissent pas le Centre de Vaccinations Polyvalentes. Moins de 25% d'entre eux connaissent donc le CVP. 8,1% des données sont manquantes (n=37).

Dans la pratique vaccinale

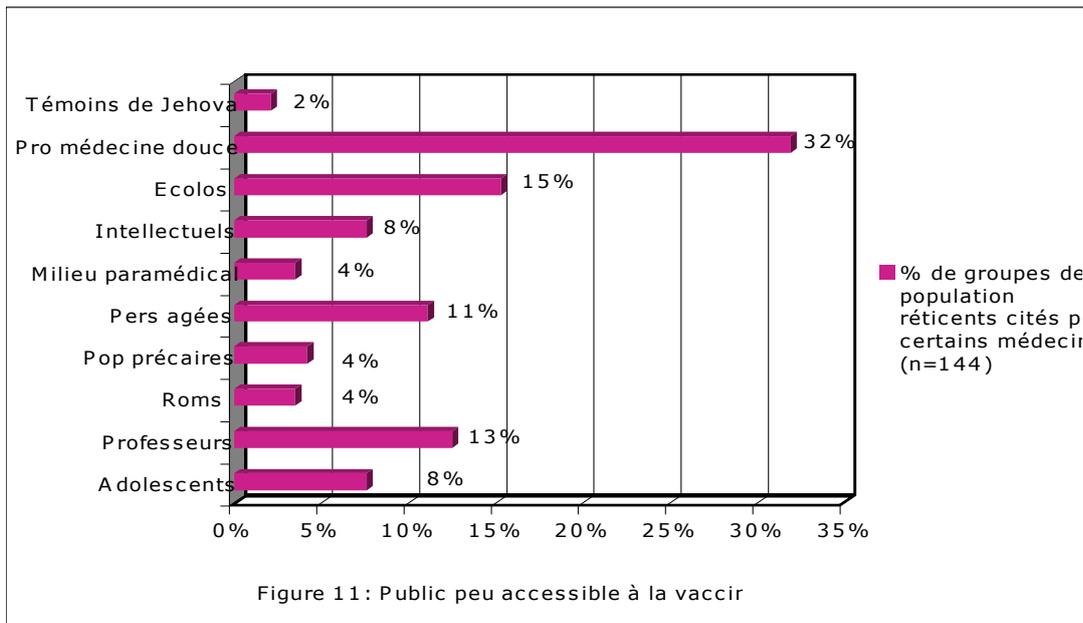
Réticences rencontrées de la part des patients

3,9% des médecins (n=17) n'ont JAMAIS rencontré de réticences de la part de leurs patients face à la vaccination. 91,5% (n=399) déclarent en rencontrer PARFOIS et 4,6% (n=20) SOUVENT (Figure 10). 5% des données sont manquantes (n=23).



57,7% des médecins (n=251) ne discernent pas de public particulièrement réticent à la vaccination, alors que 42,3% d'entre eux (n=184) trouvent que certaines populations sont difficiles à vacciner. 24 données sont manquantes, soit 5,2%.

Parmi les médecins confrontés à un public réticent à la vaccination, 78% (n=144) l'ont ciblé. Chacune des propositions a été reprise et codée. Les groupes de population les plus cités sont dans 32% des cas (n=46) les patients pro-médecine douce, dans 15,3% des cas (n=22) les patients pro-écologie, 12,5% (n=18) les enseignants, et 11,1% (n=16) les personnes âgées (Figure 11).



Réticences de certains médecins face à certains vaccins

Différentes affirmations (onze au total) sont proposées aux médecins dans le questionnaire sous la forme d'un tableau, pour chaque vaccin, en dehors du vaccin contre la varicelle et contre l'HPV. Soit ils proposent le vaccin à leur patient (une des affirmations), soit ils ne le proposent pas et plusieurs raisons leur sont soumises. Ces 11 affirmations sont reprises et répertoriées dans le tableau suivant (Tableau 1). Plusieurs réponses sont possibles par vaccin.

	Tuberculose		Tétanos		Dipht/polio		Coqueluche		Hib		Pneumocoque		ROR		Grippe		Héo B	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Je ne le fais pas car je ne suis pas formé à la technique	120	31,6%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	2	0,5%	2	0,5%
Je manque de temps																		
Je n'y pense pas										9	2,3%			3	0,7%			
Je le propose à mes patients	140	36,8%	388	99,7%	389	99,4%	389	99,4%	386	99,1%	371	94,9%	377	96,7%	372	94,2%	349	86,6%
Le patient est réticent	22	5,8%										9	2,3%	13	3,3%	137	34,0%	
Je ne le propose pas car il y a trop de vaccins à faire en même temps	2	0,5%								5	1,3%					15	3,7%	
Je ne le propose pas à cause des effets secondaires	129	34,0%								2	0,5%	2	0,5%	1	0,3%	4	1,0%	
Je ne le propose pas parce qu'il est inefficace	31	8,2%								1	0,3%			1	0,3%			
Je ne le propose pas car la maladie est bénigne	1	0,3%						1	0,3%	1	0,3%			2	0,5%			
Je ne le propose pas car la maladie a disparu	17	4,5%																
Je ne le propose pas car il y a des risques d'induire des maladies	12	3,2%			1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,3%	11	2,7%
Pas de réponse	79	17,2%	70	15,3%	68	14,8%	68	14,8%	70	15,3%	68	14,8%	69	15,0%	64	13,9%	56	12,2%
Nombre de réponses	380	82,8%	389	84,7%	391	85,2%	391	85,2%	389	84,7%	391	85,2%	390	85,0%	395	86,1%	403	87,8%

Tableau 1 : Réticence des médecins face à certains vaccins

Légende : n=nombre de médecins ayant coché la case ; %=pourcentage de médecins correspondant ; les cases sont laissées vides lorsque aucun médecin n'a choisi l'affirmation (%=0 et n=0), afin de ne pas surcharger le tableau.

85% des médecins ont répondu à ce tableau, et la majorité d'entre eux proposent l'ensemble des vaccins, en dehors du BCG qui n'est proposé que par un peu plus d'un tiers d'entre eux à leurs patients.

DTPCHib

Près de 100% des médecins proposent le vaccin contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, et l'*Haemophilus influenzae* b à leurs patients.

BCG

Si seuls 36,8% des médecins répondants proposent le BCG à leurs patients, 34% ne le proposent pas à cause du risque d'effets secondaires, 8,15% parce qu'ils le jugent inefficace, 4,5% parce qu'ils pensent que la maladie a disparu et 3,15% parce qu'il peut induire des maladies. 31,6% des médecins ne le réalisent pas car ils ne sont pas formés à la technique de ce vaccin par voie intradermique, et 5,8% car ils sont confrontés à la réticence de leurs patients face à ce vaccin.

La vaccination anti-pneumococcique

94,9% des médecins la proposent à leurs patients. 1,3% ne la proposent pas parce qu'ils trouvent qu'il y a trop de vaccins à faire en même temps, 2,3% parce qu'ils n'y pensent pas et 0,5% à cause des effets secondaires.

Le ROR

96,7% des médecins le proposent à leurs patients. Mais 2,3% ont assisté à des réticences de la part de leurs patients, alors que 0,50% ne le proposent pas à cause des effets secondaires.

La vaccination contre la grippe

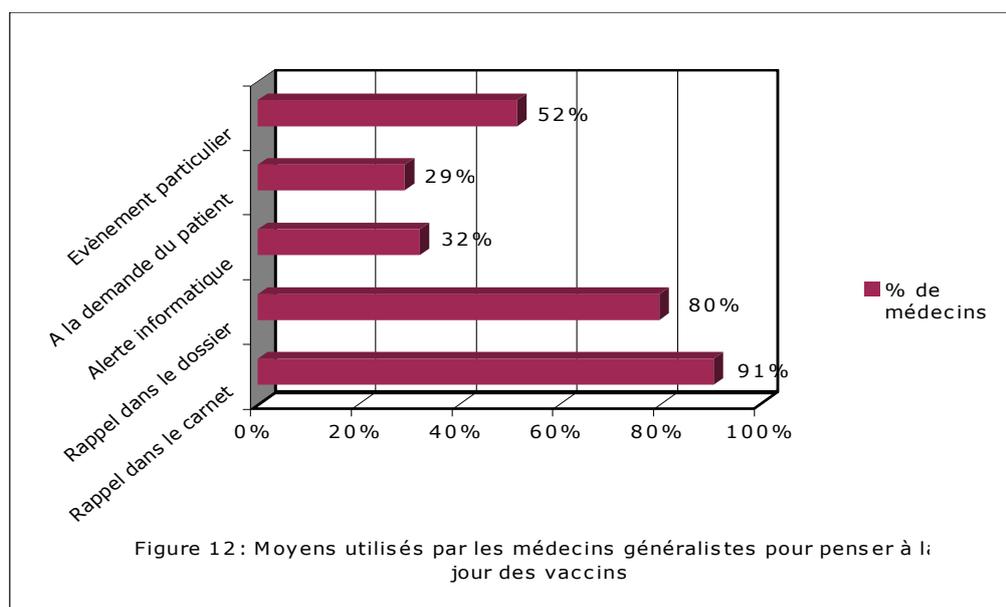
94,2% des médecins déclarent la proposer à leurs patients. Les difficultés proviennent essentiellement des réticences des patients pour 3,3% des médecins, 0,5% des médecins ne la proposent pas parce que la maladie est bénigne.

La vaccination anti-hépatite B

86,6% des médecins proposent le vaccin anti-hépatite B à leurs patients. Ils y sont donc globalement favorables. Mais 34% d'entre eux se disent confrontés à la réticence de leurs patients face à ce vaccin. 3,7% ne le proposent pas parce qu'il y a trop de vaccins à réaliser en même temps, 1% à cause des effets secondaires et 2,7% en raison du risque d'induire des maladies.

Mise à jour des vaccins

79,7% des médecins généralistes de Loire-Atlantique (n=345) inscrivent la date de rappel dans le dossier de leur patient (dossier papier ou informatique) et 90,5% (n=392) dans un carnet de santé ou de vaccination. 32,1% (n=139) ont un système d'alerte sur leur ordinateur pour penser au rappel d'un vaccin. 29,1% (n=126) réalisent les rappels à la demande de leurs patients. Pour 51,5% d'entre eux (n=233), c'est à l'occasion d'un événement particulier qu'ils vont penser à la mise à jour des vaccins (comme une blessure, un voyage...). Plusieurs réponses étaient possibles (Figure 12). 26 données sont manquantes, 94,3% des médecins (n=433) ont renseigné cette question.



Suivi des recommandations vaccinales

Les médecins ont rempli un tableau sur leurs pratiques vaccinales par tranche d'âge et par vaccin. Les vaccins contre la varicelle, contre l'HPV et contre la tuberculose font l'objet de questions suivantes. Chaque case cochée par le médecin est interprétée comme un vaccin réalisé pour la tranche d'âge associée, à l'inverse chaque case non cochée comme un vaccin non réalisé. Les tranches d'âge à analyser pour chaque vaccin ont été déterminées en fonction des recommandations vaccinales.

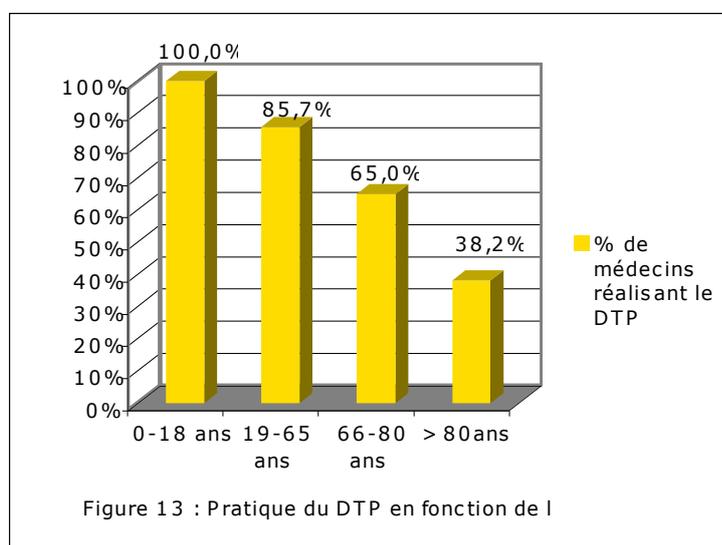
Dans 33 questionnaires, le tableau n'a pas été complété, 33 données sont donc manquantes pour chacune des réponses. 92,8% des médecins (n=426) ont rempli ce tableau.

Pour le DTP

Pour la pratique du DTP, 4 tranches d'âge ont été analysées : les patients de 0 à 18 ans, de 19 à 65 ans, de 66 à 80 ans et ceux de plus 80 ans.

100% des médecins (n=426) réalisent systématiquement le vaccin DTP de 0 à 18 ans, 85,7% d'entre eux (n=366) de 19 à 65 ans et 65% (n=277) de 66 à 80 ans. Seuls 38,2% des médecins (n=163) déclarent le réaliser aux personnes âgées de plus de 80 ans (Figure 13). Cependant, le vaccin anti-tétanos seul est réalisé par 24,6% des médecins (n=105) chez les personnes de 66 à 80 ans, et par 41,7% (n=178) chez les plus de 80 ans.

Au total, 89,6% des médecins déclarent protéger contre le tétanos leurs patients de 66 à 80 ans, et 80% ceux de plus de 80 ans, mais seuls 37% des médecins (n=158) suivent l'ensemble des recommandations vaccinales pour le DTP en le proposant tout au long de la vie de leurs patients.

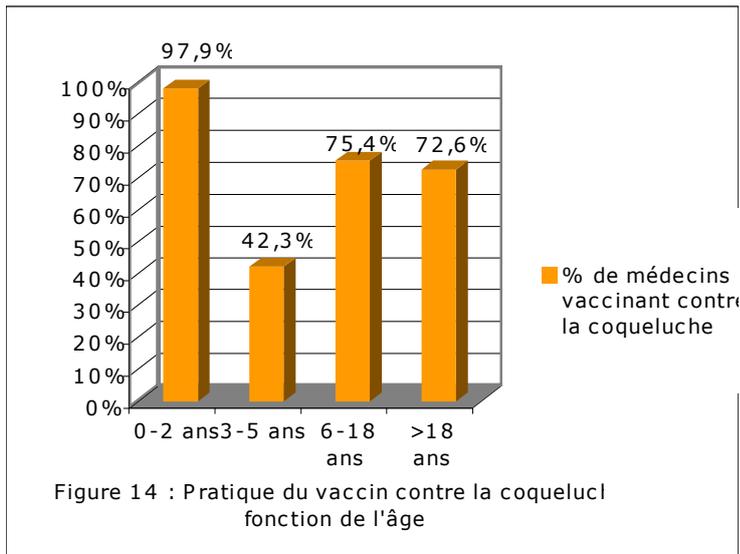


Pour le vaccin anticoquelucheux

La pratique du vaccin anticoquelucheux a été analysée pour les tranches d'âge de 0 à 2 ans, de 3 à 5 ans, de 6 à 18 ans, et les adultes de plus de 18 ans.

97,9% (n=417) des médecins réalisent le vaccin anti-coquelucheux aux enfants de 0 à 2 ans, 42,3% (n=180) aux enfants de 3 à 5 ans et 75,4% (n=321) aux enfants de 6 à 18 ans. 72,6% (n=310) déclarent le pratiquer pour les adultes de plus de 18 ans (Figure 14).

Au total, seuls 33,6% des médecins (n=143) suivent l'ensemble des recommandations pour la coqueluche, c'est-à-dire réalisent le vaccin anti-coquelucheux aux patients de 0 à 2 ans, de 6 à 18 ans et aux adultes, mais ne le réalisent pas aux enfants de 3 à 5 ans.



Pour le vaccin contre l'*Haemophilus Influenzae* b (Hib)

Pour le vaccin contre le Hib, les recommandations vaccinales nous ont amenées à analyser les tranches d'âge des enfants de 0 à 2 ans, de 3 à 5 ans, et des patients de plus de 5 ans.

96,5% des médecins (n=411) réalisent le vaccin contre le Hib aux enfants de 0 à 2 ans, 29,8% (n=127) aux enfants de 3 à 5 ans, et 12,4% (n=53) déclarent le réaliser aux patients de plus de 5 ans, hors recommandations vaccinales.

Pour le vaccin contre le pneumocoque

La pratique pour les enfants de 0 à 2 ans nous intéresse particulièrement par rapport aux recommandations générales. Cette tranche d'âge a été analysée avec celle des plus de 65 ans.

83,3% des médecins (n=355) réalisent le vaccin anti-pneumococcique à l'ensemble des enfants de 0 à 2 ans. Par contre, 28,1% (n=120) le réalisent de façon systématique aux personnes de plus de 65 ans.

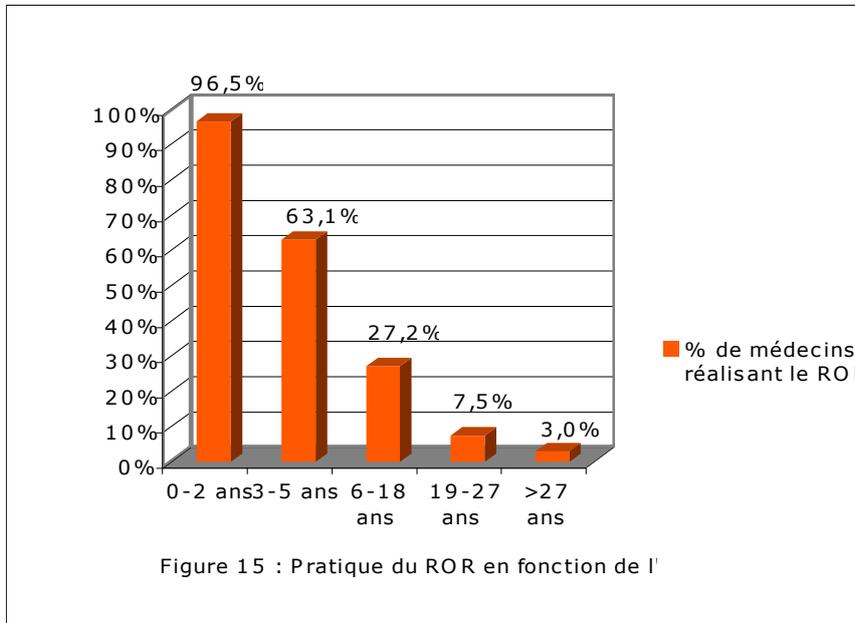
Pour le ROR

Les données pour les enfants de 0 à 2 ans, de 3 à 5 ans, de 6 à 18 ans, pour les adultes de 19 à 27 ans et de plus de 27 ans ont été analysées. Cette répartition suit le calendrier vaccinal 2007, encore en vigueur lors de la réalisation du questionnaire.

96,5% des médecins (n=411) réalisent le ROR aux enfants de 0 à 2 ans. 63,1% d'entre eux (n=269) peuvent le réaliser aux enfants de 3 à 5 ans, 27,2% (n=116) aux enfants de 6 à 18 ans,

7,5% (n=32) aux adultes de 19 à 27 ans. Par contre, 3% (n=13) le pratiquent à des adultes de plus de 27 ans, ce qui ne fait pas partie des recommandations vaccinales (Figure 15).

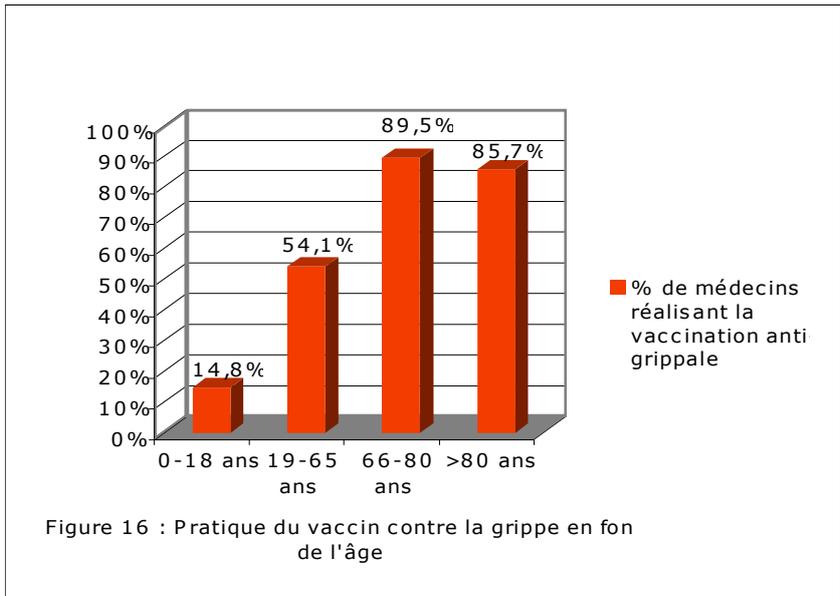
93,7% des médecins (n=400) appliquent les recommandations vaccinales suivantes : ils le réalisent aux enfants de moins de 2 ans (au moins une dose) et ne le proposent pas aux adultes de plus de 27 ans.



Pour la vaccination anti-grippale

L'analyse de la pratique du vaccin contre la grippe a été divisée selon 4 tranches d'âge : les enfants de 0 à 18 ans, les adultes de 19 à 65 ans, de 66 à 80 ans et ceux de plus de 80 ans.

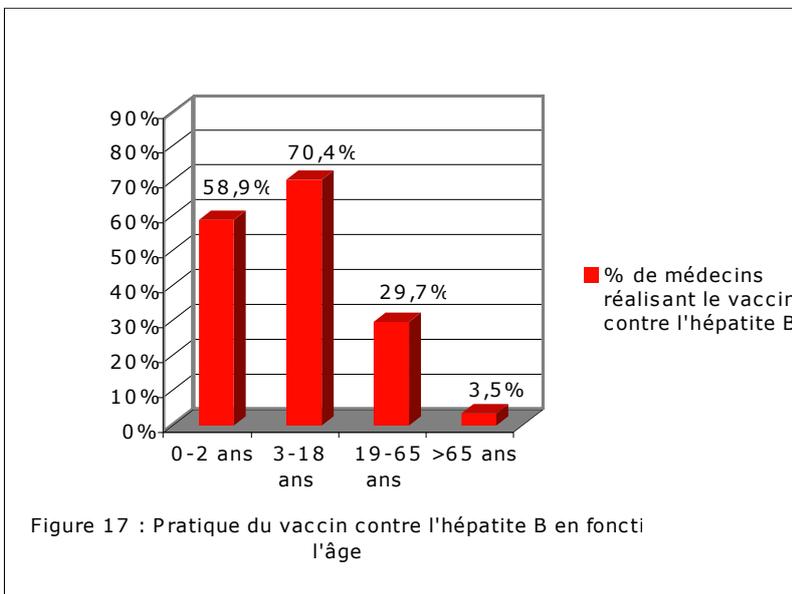
Pour la tranche d'âge de 0 à 18 ans, 14,8% des médecins (n=63) pratiquent cette vaccination. 54,1% d'entre eux (n=231) la réalisent aux patients de 19 à 65 ans, 89,5% (n=382) aux patients de 66 à 80 ans et 85,7% (n= 367) à ceux de plus de 80 ans (Figure 16).



Pour le vaccin contre l'hépatite B

La pratique du vaccin contre l'hépatite B a été analysée chez les enfants de 0 à 2 ans, de 3 à 18 ans, les adultes de 19 à 65 ans et ceux de plus de 65 ans.

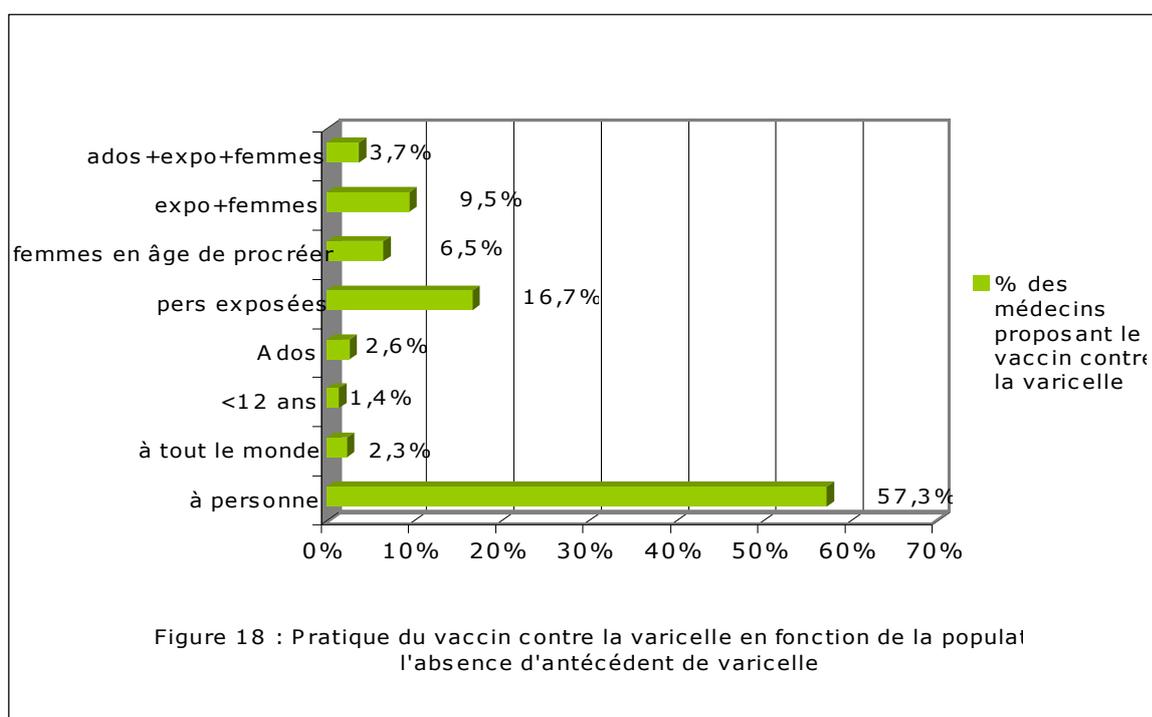
58,9% des médecins (n=251) déclarent réaliser le vaccin contre l'hépatite B aux nourrissons de 0 à 2 ans, 70,4% (n=300) aux patients de 3 à 18 ans, 29,7% (n=127) aux personnes de 19 à 65 ans. Pour les plus de 65 ans, seuls 3,5% des médecins (n=15) le réalisent (Figure 17).



Parallèlement, des questions fermées ont été proposées pour la pratique de la vaccination contre la varicelle, contre l'HPV et contre la tuberculose.

Pour la vaccination contre la varicelle

En l'absence d'antécédent de varicelle, 57,3% des médecins répondants (n=247) déclarent ne vacciner personne contre la varicelle, alors que 2,3% (n=10) déclarent le proposer systématiquement. 1,4% (n=6) le proposent uniquement aux enfants de moins de 12 ans, 2,6% (n=11) aux adolescents de 12 à 18 ans, 16,7% (n=72) aux personnes exposées à la varicelle, et 6,5% d'entre eux (n=28) seulement aux femmes en âge de procréer. 9,5% des médecins (n=41) le proposent à ces deux catégories (personnes exposées et femmes en âge de procréer) et seuls 3,7% (n=16) déclarent le proposer aux adolescents, aux personnes exposées et aux femmes en âge de procréer, c'est à dire qu'ils suivent les recommandations vaccinales. 94% des médecins (n=431) ont renseigné cette question, 28 données sont manquantes (Figure 18).



Pour le vaccin anti-papillomavirus (HPV)

91,4% d'entre eux (n=382) déclarent le proposer à l'ensemble des filles de 14 à 23 ans uniquement, alors que 1,4% (n=6) le proposent également aux femmes de plus de 23 ans. 3,6% des médecins (n=15) le proposent aux enfants de moins de 14 ans et 3,6% (n=15) uniquement aux personnes qu'ils considèrent à risque. Aucun des médecins ne le propose aux garçons de 14 à 23

ans ni aux hommes de plus de 23 ans. 91,1% des médecins (n=418) ont répondu. 41 données sont manquantes.

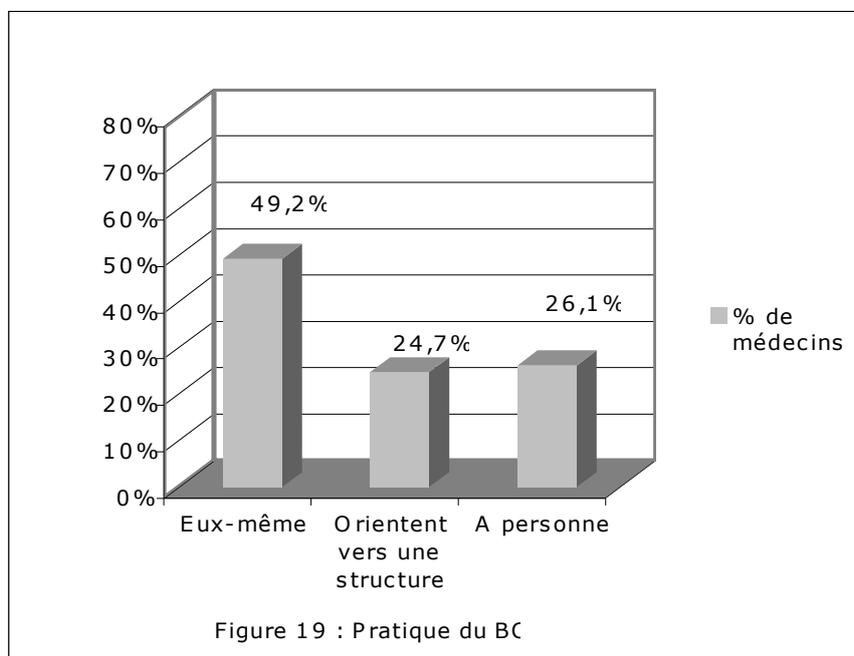
91,4% des médecins déclarent donc suivre les recommandations vaccinales.

Pour le BCG par voie intradermique

Il nous a paru intéressant d'appréhender l'attitude des médecins généralistes de Loire-Atlantique par rapport au BCG.

50,8% des médecins (n=233) ne pratiquent plus eux-mêmes le BCG par voie intradermique. Parmi eux, 51,5% (n=120) ne proposent rien d'autre à leurs patients, donc aucun de leur patient ne bénéficie du BCG. Les autres, soit 49,5% des médecins ne pratiquant pas le BCG (n=113), adressent leurs patients vers une structure ou un confrère lorsqu'ils estiment que le BCG est nécessaire : vers la PMI pour 34,8% d'entre eux (n=81), vers le centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) pour 9,4% (n=22) et vers le CVP pour seulement 4,3% de ces médecins (n=10).

Ainsi, 49,2% des médecins déclarent réaliser eux-mêmes le BCG par voie-intradermique essentiellement aux personnes à risque, 24,7% des médecins orientent les patients vers une structure adaptée pour le réaliser, alors que 26,1% ne le proposent plus à aucun de leurs patients et ne suivent donc pas les recommandations vaccinales (Figure 19).



Formation

Formation générale des médecins généralistes de Loire Atlantique (Figure 20)

99,1% des médecins (n=455) ont répondu à cette question. Plusieurs réponses étaient possibles.

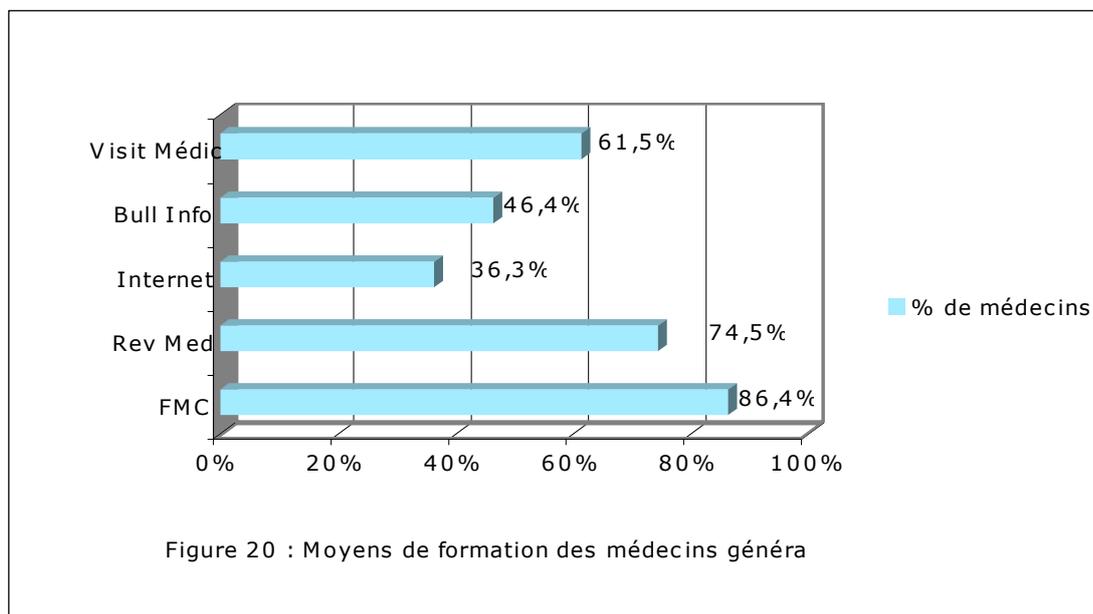
86,4% des médecins généralistes de Loire-Atlantique (n=393) participent à des FMC.

74,5% d'entre eux (n=339) sont abonnés à des revues médicales qu'ils lisent régulièrement.

36,3% (n=165) se forment grâce à Internet, en accédant à des sites médicaux.

46,4% (n=211) lisent les bulletins d'information envoyés par le Conseil de l'Ordre des Médecins ou par l'Assurance Maladie.

61,5% d'entre eux (n=280) déclarent rencontrer des visiteurs médicaux qui participent à leur formation. 38,5% des médecins ne rencontrent donc pas de visiteurs médicaux, en tout cas ne considèrent pas cet échange comme une formation médicale.



Actualisation des connaissances sur la vaccination

99,1% des médecins (n=455) ont également renseigné cette question sur les moyens qu'ils utilisent pour actualiser leurs connaissances en matière de vaccination, avec plusieurs réponses possibles.

46,6% (n=212) consultent le BEH, donc le calendrier vaccinal.

83,5% (n=380) déclarent se former sur la vaccination par des FMC.

70,3% (n=320) déclarent être abonnés à des revues médicales.

55,4% (n=252) se forment sur la vaccination avec l'aide des visiteurs médicaux.

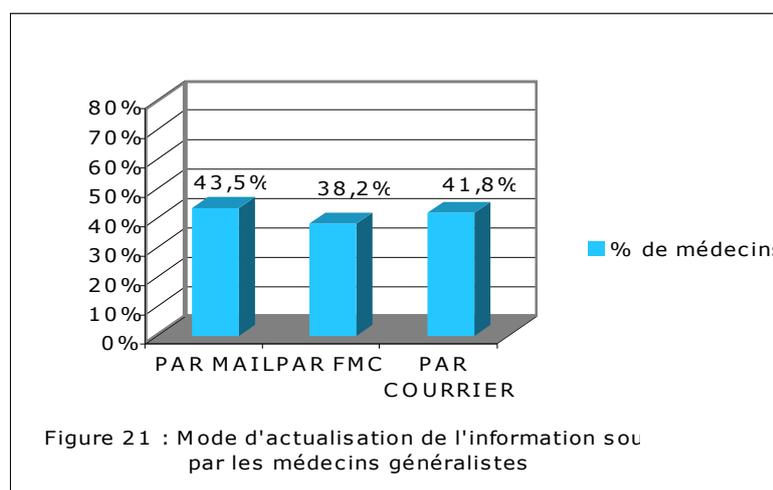
Les besoins de formations en matière de vaccination

99,1% des médecins (n=455) ont répondu à ces questions. Seules 4 données sont manquantes.

Informations sur les recommandations vaccinales

61,5% (n=280) désirent des informations supplémentaires sur la vaccination.

Parmi eux, 38,2% (n=107) souhaiteraient une actualisation des informations sous forme de FMC, 43,5% (n=122) par envoi e-mail, et 41,8% (n=117) par courrier postal (Figure 21). Plusieurs réponses par médecin étaient possibles.



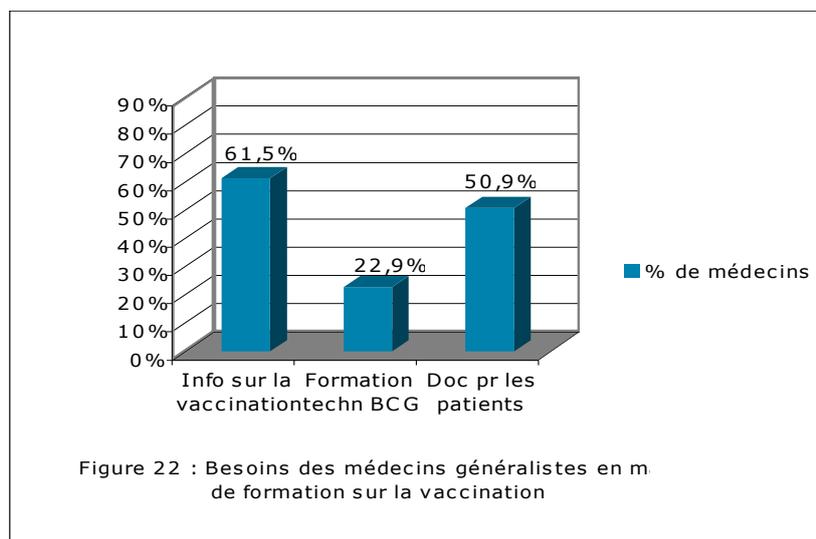
Formation à la technique du BCG par voie intradermique

Seuls 22,9% des médecins (n=104) souhaitent une formation à la technique du BCG par voie intradermique.

Documentation sur la vaccination

Quant à la documentation sur la vaccination, 50,9% des médecins (n=231) sont intéressés par des brochures d'information pour leurs patients. Parmi ceux qui ne disposent pas de documentation à leur cabinet, 41,4% (n=72) en sont demandeurs.

Les besoins en matière de vaccination des médecins sont repris dans la figure suivante (Figure 22).



Commentaires

Les attentes des médecins envers le Centre de Vaccinations Polyvalentes et les suggestions générales ont été reprises de façon manuscrite (Annexe 5 et Annexe 6) et regroupées.

Qu'attendent les médecins d'un tel centre ? (Annexe 5)

15,7% des médecins (n=72) ont pris la peine de formuler une réponse, avec même parfois plusieurs propositions par médecin. 5 remarques différentes ressortent.

Un centre de référence et de conseil pour les médecins

48,6% d'entre eux (n=35) attendent qu'un tel centre soit une référence en matière de vaccination, avec une personne référente qu'ils puissent contacter en cas de difficultés concernant un vaccin, un protocole de rattrapage, un vaccin durant la grossesse, ou des contre-indications vaccinales. Ils sont demandeurs d'informations claires sur les possibles effets secondaires des vaccins, notamment pour le vaccin contre l'hépatite B.

Des informations régulières sur les vaccins et sur les recommandations vaccinales sont souhaitées avec des explications sur les raisons des modifications.

Un centre qui vaccine les populations précaires de façon gratuite

Pour 1/3 de ces médecins (n=25), ce centre doit être un relais pour les populations qui leur échappent, en difficulté sociale et financière et qui souvent n'ont pas de médecin traitant. Ils souhaitent que le centre puisse les vacciner gratuitement et participe ainsi à l'augmentation de la couverture vaccinale en Loire-Atlantique.

Prise en charge et réalisation du BCG si besoin

Parmi les médecins ayant fait une proposition, 11,1% (n=8) attendent du centre qu'il soit une aide pour la réalisation du BCG.

Pas d'attente possible envers ce centre à cause de la distance

18% d'entre eux (n=13) expriment la difficulté de travailler avec le Centre de Vaccinations Polyvalentes, qu'ils considèrent trop éloigné de leur lieu d'exercice et de la population qu'ils touchent.

Intérêt d'un Centre de Vaccinations Polyvalentes ?

Certains médecins (n=4) se posent la question de l'intérêt d'un tel centre, la vaccination faisant partie de leur pratique quotidienne. Par ailleurs, 84,3% médecins répondus (n=387) n'ont pas émis d'attentes particulières.

Commentaires et suggestions générales (Annexe 6)

10% des médecins (n=47) ont fait des suggestions ou des remarques par rapport à la vaccination, que l'on regroupe en 8 thèmes.

Informier le public : une nécessité, notamment pour le vaccin contre l'hépatite B

19% d'entre eux (n=9) expriment leur difficulté à informer le public et sollicitent une aide pour délivrer des informations sur la vaccination, notamment sur la vaccination contre l'hépatite B pour laquelle beaucoup d'idées fausses circulent.

Réaliser des campagnes nationales pour la vaccination via les médias

17% de ces médecins (n=8) réclament des campagnes nationales sur la vaccination, avec un slogan pour expliquer le bien fondé des vaccins et faire accepter la vaccination aux patients. Ils

insistent sur la nécessité d'une information à grande échelle auprès du public pour améliorer la couverture vaccinale.

Nécessité de textes clairs sur le vaccin contre l'hépatite B

10,6% (n=5) ne savent pas quoi répondre à leurs patients quant à un lien entre la vaccination hépatite B et la SEP. Ils souhaiteraient recevoir des textes clairs sur ce vaccin et le risque de SEP.

Proposer des « journées » de formation sur la vaccination

Plutôt que des FMC, 12,7% d'entre eux (n=6) sont demandeurs de journées de formation sur la vaccination.

Modifications trop fréquentes du calendrier vaccinal

8,5% de ces médecins (n=5) ont fait des remarques par rapport aux changements trop fréquents dans calendrier vaccinal, qui rendent compliqué son suivi. Ils insistent sur la nécessité de le simplifier, notamment en limitant le nombre d'injections à réaliser lors d'une consultation.

Proposer des antennes du CVP dans le département

12,5% des suggestions (n=6) concernent des médecins exerçant à distance de Nantes. Ils souhaitent le développement d'antennes du CVP à proximité de leur lieu d'exercice, pour les aider à vacciner les personnes en difficulté sociale éloignées des structures de soins.

Difficultés avec le BCG par voie intradermique

21,3% de ces médecins (n=10) font part de leur difficulté à réaliser le BCG intradermique seul au cabinet. Par ailleurs, le conditionnement ne leur paraît pas adapté, et certains ne comprennent pas qu'il se vende uniquement par 10 UI qui ne seront pas utilisées dans la journée.

Efficacité du vaccin contre l'HPV ?

Un médecin se pose la question de l'efficacité et de la sécurité de ce nouveau vaccin.

Discussion

Intérêt et limites de l'étude

Type d'étude : des objectifs limités

Cette étude transversale est descriptive. Elle nous permet d'avoir un état des lieux, à un moment donné de l'attitude des médecins généralistes de Loire-Atlantique par rapport à la vaccination et au calendrier vaccinal en vigueur.

La difficulté est de pouvoir comparer les données obtenues avec des données existantes, puisqu'il n'existe pas de questionnaire standardisé et que le calendrier vaccinal évolue rapidement.

Les médecins ont été interrogés sur leur pratique face à la vaccination, mais elle reste une pratique déclarée. Notre enquête ne reflète donc que la représentation qu'ils en ont et les réponses peuvent ne pas être totalement en adéquation avec leur pratique réelle, mais plutôt avec leurs connaissances sur les recommandations vaccinales. Une enquête d'opinion nous a paru plus adaptée pour obtenir le meilleur taux de réponses possible sur un large échantillon. Les informations recueillies sont suffisantes pour cibler les difficultés et nous donner des pistes d'action. De plus, cette enquête ne devait pas prendre trop de temps à nos confrères, déjà surchargés de travail et fréquemment sollicités par des questionnaires. Il n'y a donc pas de patient à inclure dans cette étude et donc pas de chiffre sur la couverture vaccinale, ni sur les pratiques avérées des médecins. Il s'agit bien d'une photographie instantanée de leur attitude face à la vaccination et de leurs connaissances du calendrier vaccinal.

L'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique a été interrogé. La population cible de notre étude est ainsi la population source. Il n'y a pas de biais de sélection des médecins. C'est la seule enquête retrouvée autour de la vaccination qui cible l'ensemble des médecins généralistes d'un département sans échantillonnage, ce qui semble plus exhaustif.

L'échantillon de médecins répondants ne peut cependant prétendre être représentatif de la totalité des médecins généralistes de Loire-Atlantique, car nous sommes bien conscients que ceux qui ont répondu au questionnaire sont ceux qui, probablement, s'intéressaient déjà à la vaccination. Cela limite la généralisation à l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique et surévalue très probablement l'opinion et les pratiques vaccinales dans le département.

Enfin, l'étude ne touche que les médecins généralistes, alors que les pédiatres jouent aussi un rôle primordial dans la prévention vaccinale, ainsi que les médecins du travail, les médecins de PMI, les sages-femmes.

Le questionnaire

Ce questionnaire a été réalisé en s'inspirant d'articles et d'enquêtes sur la vaccination en France, et avec l'aide du guide des vaccinations. Il a été validé par un épidémiologiste. Le questionnaire reste relativement court, toujours dans l'optique d'obtenir le meilleur taux de réponses. Nous avons testé le questionnaire sur quelques médecins avant de l'envoyer, pour s'assurer de sa bonne compréhension et mettre en évidence des problèmes liés à la formulation des questions. Malgré tout, des imperfections persistent.

Des questions fermées ont été essentiellement posées pour que l'analyse soit réalisable, mais elles peuvent induire ou suggérer les réponses. Par ailleurs, des tableaux restent proposés de manière à recueillir un maximum d'informations, mais un nombre important d'informations peut rendre fastidieuse la réponse au questionnaire et altérer la qualité des réponses.

D'autre part, pour faire parvenir le questionnaire aux 1210 médecins, nous avons choisi la voie postale, sans relance. Cette méthode touche plus difficilement les médecins peu ou pas intéressés par le sujet, qui peuvent ne pas répondre. Cependant, elle reflète l'intérêt des médecins à ce questionnaire et à la vaccination. Quant à la mise à disposition d'enveloppes de retour pré-affranchies, elle favorise le renvoi du questionnaire.

Le recueil des données

Le délai de clôture de 2 mois après l'envoi s'est avéré suffisant, la majorité des questionnaires ont été retournés dans les 3 semaines après la fin de l'envoi.

Comme toute analyse de questionnaire demandant de cocher des cases, le fait de ne pas cocher une case peut avoir 2 significations : « je ne propose pas » ou « je n'ai pas répondu », la qualité des réponses détermine la qualité de l'analyse des données.

Discussion des résultats

Taux de réponses

Le taux de participation est de 38% de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique, sans relance postale ou téléphonique. Il est modérément plus faible que le taux de réponses obtenu lors d'une enquête similaire sur la vaccination en Franche-Comté en 2004, dans le cadre d'une thèse^{lxxx}, qui était de 41%, mais avec une relance téléphonique et réalisée sur un échantillon de médecins généralistes. On peut le considérer comme relativement fort si on le compare à une autre enquête en 2005 sur la vaccination générale dans le Bas-Rhin^{lxxxi}, où seuls 32,4% des médecins

généralistes sollicités (un échantillon de médecins généralistes déterminé) avaient répondu, sans relance.

Différentes raisons peuvent être évoquées pour expliquer la non-participation de nombreux médecins : le manque de temps lié à leur surcharge de travail, les multiples sollicitations des médecins pour participer à des enquêtes, le fait que cette enquête s'adresse à des médecins non volontaires. D'autre part, le thème de la vaccination n'intéresse pas forcément tous les médecins, qui ne vont pas être incités à répondre.

Profil des médecins répondeurs

L'âge moyen des médecins répondeurs est de 48,1 ans avec un pourcentage de femmes de 34,7%.

Les données DREES 2007 sur la démographie médicale en Loire-Atlantique^{lxxxii} montrent que l'âge moyen des médecins généralistes du département est de 48 ans (50 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes) et que la proportion de femmes médecins généralistes est de 39%.

L'âge moyen des médecins répondeurs est à peu près respecté, donc les tranches d'âge des médecins semblent bien représentées. Par contre la proportion d'hommes par rapport aux femmes est supérieure à ces données, les hommes semblent donc avoir plus souvent répondu à notre questionnaire. Cela laisse supposer qu'ils sont plus sensibilisés à la vaccination, ce qui rejoint les données du Baromètre santé 2003^{lxiv}, où les médecins généralistes hommes étaient plus souvent favorables à la vaccination que les femmes.

D'autre part, la répartition des médecins généralistes répondeurs s'étend sur la majorité des zones géographiques du département, tant urbaines que rurales. Notre étude paraît donc représentative de la pratique des médecins sur l'ensemble du département. Néanmoins, les médecins exerçant dans le Nord-Est du département (secteur de Châteaubriant notamment) ont moins répondu. On peut s'interroger sur leur disponibilité pour répondre à cette enquête ou sur l'intérêt porté à la pratique vaccinale. La création d'une antenne du CVP à Châteaubriant semble donc bien adaptée pour sensibiliser les médecins de cette zone à la vaccination.

Enfin, près d'un quart des médecins répondeurs exercent une activité libérale autre que la médecine générale. Ils sont donc bien représentés dans l'étude. L'activité la plus pratiquée est l'homéopathie (32,6% d'entre eux), certains (18,6%) n'exercent plus la médecine générale et ne vaccinent plus. Le fait qu'ils aient répondu à notre enquête montre qu'ils restent malgré tout intéressés par la vaccination.

La grande majorité des médecins homéopathes du département ont d'ailleurs retourné le questionnaire, alors que, d'après le Baromètre santé 2003^{lxiv}, les médecins pro-médecines douces

sont moins favorables à la vaccination. En donnant leur opinion, ils renforcent la représentativité de notre enquête.

Les résultats

La perception de la vaccination par les médecins généralistes de Loire-Atlantique

Une consigne a été émise au début du questionnaire. Ceux qui ne pratiquent pas la vaccination ne devaient répondre qu'à la 1^{ère} et la 3^{ème} partie, pas à celle sur les pratiques vaccinales. Cette consigne n'a à priori pas toujours été bien comprise, et certains médecins qui pratiquent pourtant la vaccination n'ont, à l'inverse, pas répondu à ces parties. Cela peut expliquer les données manquantes d'une quarantaine de médecins dans cette 1^{ère} partie.

Opinion sur la vaccination

La grande majorité des médecins de notre enquête (97,4%) déclarent la vaccination utile, au niveau individuel et/ou collectif et sont donc favorables à la vaccination.

On retrouve des chiffres similaires à ceux relevés dans le Baromètre santé 2003^{lxiv}, où 97% des médecins avaient une opinion favorable de la vaccination.

Ces chiffres sont peut-être à tempérer, puisque les médecins répondants sont ceux qui portent probablement déjà un intérêt à la vaccination. D'autre part les médecins peuvent avoir tendance à se montrer largement favorables à la vaccination lors d'une enquête, mais il peut exister un décalage entre la déclaration d'une opinion favorable et la systématisation d'une pratique vaccinale.

La vaccination est malgré tout considérée comme toxique par 2,4% des médecins de notre enquête et plus souvent par les médecins homéopathes et pro-médecine douce, qui semblent donc effectivement moins favorables à la vaccination. Cette donnée traduit l'émergence de doutes de la part des médecins face à la vaccination.

Dans notre étude, la majorité des médecins ont bien appréhendé le geste vaccinal comme une mesure de prévention utile pour la collectivité. Si la vaccination offre quelques bénéfices individuels, l'immunité collective permet de limiter la transmission de certaines maladies infectieuses. Ce concept est difficile à faire accepter à la population : il est donc important que les médecins aient compris cette nécessité de prévention collective pour inculquer à leurs patients une culture plus préventive.

Ces résultats sont encourageants car pour proposer un vaccin et convaincre le public à la vaccination, il est nécessaire que les médecins en aient une opinion favorable.

Effets secondaires graves suite à un vaccin

Dans notre enquête, près de 16% des médecins ont déjà été confrontés à des effets secondaires qu'ils considèrent graves, alors que dans l'enquête en Franche-Comté de 2004^{lxxx}, 21% des médecins interrogés avaient vécu au cours de leur exercice professionnel un accident grave à la vaccination, provoquant pour 31% d'entre eux un changement dans leur comportement vaccinal. En comparaison, la fréquence de ces médecins est donc moins importante dans notre enquête. Cela pourrait signifier que les effets secondaires de la vaccination revêtent moins souvent un caractère de gravité pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Malgré tout, parmi eux, 38,6% citent la BCGite et 8,8% des réactions allergiques. Or, ce sont des effets secondaires gênants mais sans forcément de critère de gravité. Les ulcérations locales post-BCG sont bien connues et surviendraient dans 1% des cas, mais finissent par guérir sans séquelle, alors que la BCGite généralisée est extrêmement rare avec une fréquence de moins de 1/200000^{lxxxiii}, essentiellement chez les enfants avec un déficit immunitaire. De même, une réaction allergique à type d'éruption cutanée rentre rapidement dans l'ordre et ne met pas en jeu le pronostic vital.

Par ailleurs, 7% d'entre eux déclarent avoir rencontré une méningo-encéphalite post-ROR (soit plus de 1% de l'ensemble des médecins de l'étude), ce qui est fréquent, mais il est difficile de faire objectivement la différence entre leur perception de l'effet secondaire et le réel degré de gravité.

Même si ces chiffres ne sont pas toujours représentatifs des effets secondaires avérés, ils reflètent la perception qu'en ont les médecins. Toute réaction suite à un geste vaccinal, bénigne ou non, peut faire naître des réticences chez les médecins avec une modification de leurs pratiques vaccinales.

À l'inverse, plus il y a de réticences ou de doutes face à la vaccination, plus un effet secondaire risque de revêtir un caractère de gravité. Cela peut expliquer que les médecins homéopathes, moins favorables à la vaccination dans notre enquête, perçoivent plus souvent d'effets secondaires graves après un vaccin.

Il est donc nécessaire de transmettre aux médecins des informations claires sur les effets secondaires des vaccins, leur fréquence et leur gravité, en diffusant les rapports de pharmacovigilance, pour limiter les craintes et les perceptions erronées de complications.

14% des médecins qui ont rencontré des effets secondaires font référence à une relation possible entre la vaccination contre l'hépatite B et le déclenchement d'une SEP, mais leur opinion semble controversée vis-à-vis de l'incrimination du vaccin contre l'hépatite B. Certains modèrent leurs propos (près de 38% d'entre eux) en posant la question : « SEP développée dans les mois suivant l'hépatite B : lien ? » alors que les autres l'affirment.

Le même constat a été fait lors de l'enquête sur la vaccination en Franche-Comté^{lxxx}, où plusieurs commentaires libres des médecins portaient sur la possible association entre hépatite B et SEP.

Ces affirmations traduisent bien les confusions autour du vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaques, qui persistent malgré les différentes études et les textes du Haut Comité de Santé Publique^{xxi} insistant sur l'absence de lien entre les deux. La diffusion de ces données permettrait de lever les doutes exprimés.

Documentation disponible au cabinet des médecins sur la vaccination

Près de 60% des médecins de notre enquête déclarent disposer de documents sur la vaccination pour leurs patients et d'affiches accrochées aux murs de leur cabinet. Ils ont donc à cœur de solliciter leurs patients sur la vaccination et de les informer. La lecture de brochure ou la vue d'affiches notamment lors du passage dans la salle d'attente peut susciter des questions et encourager le dialogue autour de la vaccination lors de la consultation.

Si 40% des médecins n'ont pas de document sur la vaccination, est-ce parce qu'ils n'en souhaitent pas ou parce qu'ils n'en disposent pas ? Les médecins ont peu de temps pour faire des demandes de brochures ou d'affiches. Certaines sont distribuées par les laboratoires avec une information qui peut leur paraître trop orientée. Il semble important de favoriser la mise à disposition de documentations et d'affiches sur la vaccination, en dehors de toute marque commerciale, pour favoriser l'information des patients. Cette information est indispensable pour améliorer la couverture vaccinale.

Connaissance du Centre de Vaccinations Polyvalentes

Plus de 75% des médecins ne connaissent pas le CVP. Même si son existence est relativement récente (moins de 2 ans), ce chiffre reste très faible. Or, pour que ses actions aient une signification avec un impact auprès des médecins et du grand public, le centre doit être connu, en particulier son rôle et ses missions. Le CVP doit maintenir ses efforts pour se faire connaître, impliquer les médecins généralistes dans ses missions de santé publique et établir une relation de confiance. Ce travail en équipe renforcera la sensibilisation des médecins à la vaccination et les actions auprès du grand public.

Pratiques vaccinales des médecins généralistes de Loire-Atlantique

Cette 2^{ème} partie du questionnaire ne concerne que les médecins pratiquant la vaccination. 33 données sont manquantes sur l'ensemble des questions, ce qui peut correspondre aux médecins qui ne vaccinent pas, notamment ceux ayant une activité exclusive autre que la médecine générale.

Réticence des patients face à la vaccination

Face à la vaccination en général

Seuls 4% des médecins de notre étude déclarent ne jamais rencontrer de réticence de la part de leurs patients, 4,6% souvent et la grande majorité, plus de 90%, y est parfois confrontée.

Ici, les médecins semblent être moins souvent confrontés à des réticences de la part de leurs patients en comparaison à l'enquête en Franche-Comté de 2004^{lxxx}, où 12,5% des médecins déclaraient en rencontrer souvent, 80% parfois et 4% jamais.

Or ces chiffres ont évolué notamment grâce à la semaine européenne de la vaccination organisée en Franche-Comté chaque année depuis 2004 qui a permis un renforcement de la couverture vaccinale et une meilleure transmission de l'information par les médecins à leurs patients^{lxxxiv}. En Loire-Atlantique, on peut espérer que la semaine de la vaccination organisée à la suite de l'enquête favorise également la régression des réticences de la population et améliore la couverture vaccinale.

Cependant, les données nationales du Baromètre santé 2005^{lii} confirment l'existence de ces réticences avec 9% de la population nationale défavorable à la vaccination.

Même si la vaccination reste dans les esprits un acte de prévention important, nos résultats reflètent l'apparition de réserves de la part du grand public face à la vaccination.

Face à certains vaccins

Dans notre enquête, ce sont plutôt les réticences des patients face à certains vaccins qui semblent limiter la pratique des médecins.

Les médecins ne décrivent pas de réticence de leurs patients pour le vaccin contre le pneumocoque, contre la coqueluche, ni contre le DTP.

Seuls 2,3% des médecins déclarent rencontrer des réticences pour le ROR, 3,3% pour le vaccin anti-grippal et 5,8% pour le BCG, ce qui reste relativement faible.

Pour le ROR, ces données reflètent les résultats du Baromètre santé 2005^{lii}, où moins de 1% des patients se disaient défavorables à cette vaccination. Ces réticences restent donc très limitées dans le département pour ce vaccin.

Pour la grippe, ce pourcentage (3,3%) est vraiment positif pour la Loire-Atlantique comparé à une enquête nationale en 2007 sur l'opinion et les réticences face à la vaccination^{lv}, où 54% des patients considéraient le vaccin contre la grippe « pas sûr ». Ces réserves face à la vaccination anti-grippale sont donc très peu ressenties en Loire-Atlantique. Cette évolution a pu être favorisée par la campagne nationale antigrippale et par les efforts des médecins généralistes du département autour de cette vaccination.

Pour le BCG, la diminution de la couverture vaccinale ne semble pas liée à la réticence du public de Loire-Atlantique, qui garde peut-être encore à l'esprit son caractère obligatoire récemment supprimé.

En revanche, concernant la vaccination contre l'hépatite B, plus d'un tiers des médecins de notre enquête (34%) déclarent rencontrer des réticences de leurs patients. Pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique, cette pratique vaccinale est essentiellement limitée par les réserves du grand public. En effet, le vaccin contre l'hépatite B est celui qui suscite le plus d'incertitudes dans la population. Dans le Baromètre santé 2005^{lii}, 35% des patients se déclarant défavorables à la vaccination l'étaient uniquement pour ce vaccin et dans une enquête INPES^{lv}, seule 43% de la population estimait que ce vaccin était sûr. Cette réticence s'explique pour plus de la moitié d'entre eux par la crainte de la sclérose en plaques, qui a été majoritairement provoquée par les médias^{xli}.

Cette polémique hyper médiatisée reste le frein majeur à l'amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B. Les médias ont ainsi favorisé la confusion non seulement autour du vaccin contre l'hépatite B, mais pour l'ensemble des vaccinations. Ils pourraient être utilisés à l'inverse pour encourager la vaccination auprès du grand public, en diffusant une information claire sur la vaccination et plus particulièrement sur celle contre l'hépatite B.

Le médecin doit donc être en mesure de transmettre des notions simples et précises sur les vaccins à ses patients pour enrayer ces doutes essentiellement autour du vaccin contre l'hépatite B. La relation de confiance instaurée avec le médecin est déterminante pour faire basculer des patients hésitants ou réticents vers la vaccination. Plus un médecin sera persuadé de l'intérêt d'un vaccin, plus il incitera ses patients à se faire vacciner, en tenant compte de leurs craintes et de leurs croyances.

Réticence de certains publics

Dans notre enquête, certains médecins ont ciblé un public plus fréquemment réticent à la vaccination. Les personnes pro-médecines douces semblent les plus difficiles à vacciner ainsi que le public « écologique ». Les personnes âgées et les adolescents sont également moins facilement accessibles à la vaccination, alors que les populations précaires et les gens du voyage ne sont finalement que peu cités par les médecins.

Ces données rejoignent celles du Baromètre santé 2005^{lii}, où la population adepte de l'homéopathie et de l'acupuncture est effectivement plus souvent défavorable à la vaccination, avec les personnes âgées (pour 14,5% d'entre elles).

La couverture vaccinale des personnes âgées en France^{xlvi,xlix} reste d'ailleurs insuffisante notamment pour le dTP. Les personnes âgées sont moins bien informées avec des croyances

souvent établies sur les vaccins et les rappels vaccinaux peuvent leur paraître inutiles à leur âge. Dans l'enquête de Beytout^{xlvi}, 9% des patients sont mal vaccinés parce qu'ils pensent que ce n'est plus la peine à leur âge. Des efforts dans la prévention vaccinale sont donc à maintenir auprès de la population âgée, plus fragile et qui vit le plus souvent dans un relatif isolement social.

Quant aux adolescents, ils ne consultent pas souvent leur médecin, ce qui rend difficile le suivi des rappels vaccinaux. L'instauration d'un « Rendez vous Santé » à âge fixe chez les jeunes adultes pourrait favoriser les mises à jour vaccinales et d'autres actions de prévention.

Par ailleurs, différentes études^{xlvi,xlviii} montrent que les personnes en précarité et en difficulté sociale ont une moins bonne couverture vaccinale, alors que cette population n'est pas particulièrement considérée comme difficile à vacciner par les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Cette plus faible couverture vaccinale n'est donc pas le reflet d'une réticence à la vaccination, mais plutôt d'un accès limité aux structures de santé et aux médecins, d'autant que la prévention et la vaccination peuvent leur sembler éloignées de leurs préoccupations quotidiennes. Favoriser l'accès aux soins et à la vaccination des publics en précarité représente un des rôles du Centre de Vaccinations Polyvalentes.

Réticence des médecins face à certains vaccins

Dans notre enquête, l'ensemble des médecins propose le dTPC à leurs patients, la grande majorité propose le ROR (98%), le vaccin contre le pneumocoque (95%) et celui contre la grippe (94%). Ils semblent donc majoritairement favorables à ces vaccins. Ces résultats rejoignent ceux du Baromètre santé 2003^{lxiv}, où la vaccination contre la grippe était proposée systématiquement ou souvent par 93% des médecins, et le ROR par 94% d'entre eux.

Un des freins retrouvé à la vaccination contre le pneumocoque reste le trop grand nombre d'injections à faire en même temps (1,3% des médecins) et l'oubli (2,3%), alors qu'ils n'émettent pas de réticences particulières contre le ROR ni contre la vaccination anti-grippale.

Ces résultats sont positifs comparés à ceux d'une étude de 2005 auprès de médecins généralistes^{lxxvi} où une majorité d'entre eux (58%) déclarait se poser des questions sur l'opportunité de certains vaccins donnés aux enfants. Il faut maintenir les efforts pour que cette opinion positive persiste et que les médecins de Loire-Atlantique continuent de proposer très largement la vaccination, en insistant sur l'intérêt des vaccins et leur efficacité.

Dans notre enquête, la majorité des médecins (86,6%) déclare également proposer le vaccin contre l'hépatite B et semble donc être favorable à ce vaccin. Ce chiffre est très encourageant comparé aux données du Baromètre Santé 2003^{lxiv}, où seuls 36% des médecins se déclaraient très favorables à la vaccination contre l'hépatite B. Les médecins de Loire-Atlantique ont pu être moins atteints par la polémique autour de cette vaccination ou bien, la polémique s'éloignant, une

confiance est en train de renaître. Seuls 2,7% ne le proposent pas à cause du risque d'induire une maladie et 1% par crainte des effets secondaires. Mais il faut rester vigilant et garder à l'esprit que les médecins qui ont répondu sont plus sensibilisés à la vaccination et peut être plus enclins à vacciner contre l'hépatite B.

Pour 3,7% des médecins, c'est le nombre trop important de vaccins à faire en même temps qui peut limiter la pratique du vaccin contre l'hépatite B, mais il faut espérer que ce frein soit levé avec le remboursement récent du vaccin hexavalent^{lxxxv}.

Pour le BCG, près de 37% des médecins généralistes de Loire-Atlantique déclarent le proposer à leurs patients.

Un tiers ne le propose pas à cause des effets secondaires possibles. Une étude sur le BCG et ses effets secondaires en 2007^{lxxiii} a montré que plus de la moitié des médecins généralistes avaient déjà rencontré au moins une fois un effet secondaire suite à la réalisation d'un BCG. La confrontation croissante à des effets secondaires du BCG explique l'hésitation des médecins. Ces effets sont fréquents mais très rarement dangereux. Ils ne sont pas bien perçus par les médecins qui les considèrent souvent graves, d'autant qu'ils manquent de consignes claires sur leur prise en charge, notamment pour les BCGites.

Un peu moins d'un tiers des médecins ne le proposent pas parce qu'ils s'estiment non formés à la technique de cette vaccination par voie intradermique. En réalité, il s'agit plus souvent de la difficulté à le réaliser seul au cabinet plus que la technique en elle-même.

Par contre, certains (8,5%) ne le proposent pas parce qu'ils le jugent inefficace, d'autres (4,5%) parce qu'ils pensent que la maladie a disparu. Or, en 2006, 104 cas de tuberculose en Loire-Atlantique ont été déclarés^{lxxxvi} : la tuberculose continue donc de circuler et la levée de l'obligation vaccinale a participé à entretenir ces confusions autour du BCG et de la tuberculose.

Entre la difficulté de réalisation et les effets secondaires fréquents par voie intradermique, le BCG est le vaccin qui pose le plus de difficultés aux médecins généralistes de Loire-Atlantique, avec près de 2/3 d'entre eux réticents à sa pratique, alors qu'ils sont très majoritairement favorables aux autres vaccinations.

Les données épidémiologiques sont nécessaires aux médecins pour comprendre l'importance de poursuivre la vaccination chez les populations à risque et sont à diffuser. Il faut rassurer les médecins sur les effets secondaires du BCG et surveiller activement les réactions vaccinales indésirables avec les facteurs favorisants. Des protocoles pour leur prise en charge pourraient être réalisés et adressés aux médecins. Enfin, la formation à la technique par voie intradermique reste à proposer par le Centre de Vaccinations Polyvalentes.

Moyens pour tenir à jour les vaccinations

En Loire-Atlantique, la grande majorité des médecins (80%) inscrivent les dates de rappel dans les dossiers, mais les notent également dans un carnet de santé ou de vaccination (90%). Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans l'enquête de Franche-Comté^{lxxx}, où 15% des médecins ne notaient jamais les dates de rappel des vaccins dans les dossiers, et seule la moitié les inscrivait toujours.

Si la plupart des médecins prennent la peine d'inscrire à la fois dans le dossier et dans le carnet ces dates de rappel, cela montre leur volonté de ne pas oublier ces rappels et d'impliquer les patients dans leur vaccination.

D'autre part, près d'un tiers des médecins interrogés ont un système d'alerte sur leur ordinateur, ce qui est identique aux résultats de Franche-Comté en 2004^{lxxx}. Cet outil doit être développé auprès des médecins de plus en plus nombreux à être informatisés, pour faciliter la mise à jour des vaccins.

Il est nécessaire pour assurer le suivi des vaccinations à long terme de garder une trace de ces vaccinations, ce que semblent faire les médecins de Loire-Atlantique. La diversité des supports ne facilite pas la transmission de l'information vaccinale lorsque le patient est amené à changer de médecin par exemple et constitue une entrave aux évaluations de la couverture vaccinale. Un effort d'harmonisation est à réaliser. Le Centre de Vaccinations Polyvalentes peut favoriser cette démarche en mettant à la disposition des médecins des carnets de vaccination souvent manquants, pour leurs patients.

Plus de la moitié des médecins de notre enquête déclarent penser aux rappels vaccinaux à l'occasion d'un événement particulier. Une consultation lors d'un événement comme un voyage, une blessure, une grossesse doit effectivement être pour le médecin l'occasion d'un contrôle et d'une mise à jour des vaccins. De même, certaines étapes de la vie (visite prénuptiale, embauches, départ en retraite, contraception...) peuvent être utilisées pour mettre à jour les vaccins.

Dans notre étude, pour 30% des médecins, cette mise à jour se fait à la demande des patients. Ce chiffre rejoint les données du Baromètre santé 2005^{lii}, où dans un tiers des cas, c'est le patient lui-même qui effectue la démarche pour se faire vacciner. C'est une spécificité française, retrouvée dans l'étude européenne sur la perception vaccinale^{lvi}. Les médecins français semblent moins proactifs en matière de vaccination et la démarche spontanée du public en France est la plus forte d'Europe. 1 français sur 3 demande à faire vacciner son enfant, une attitude très différente de ses voisins européens beaucoup plus réservés (10% en Angleterre, 11% en Espagne, 21% en Allemagne et en Italie), et 50% des adultes français ont une démarche personnelle pour se faire vacciner, ce qui montre l'attitude plus volontariste des Français.

Suivi des recommandations vaccinales par vaccin et par tranche d'âge

Pour le DTP

La pratique vaccinale du DTP chez les enfants et les adolescents est excellente puisque l'ensemble des médecins la réalise dans cette tranche d'âge. Cela coïncide avec la couverture vaccinale évaluée par les données DREES 2004^{xxxviii} et les enquêtes triennales^{xliii}, où plus de 99% des enfants et 80% des adolescents sont à jour de leur DTP.

En revanche, dans notre étude, la réalisation du dTP par les médecins décroît avec l'âge des patients, pratiquée par seulement 38% d'entre eux chez les plus de 80 ans. La diminution de cette pratique reflète l'évolution de la couverture vaccinale des personnes âgées par le dTP. Dans l'enquête auprès d'une population francilienne de plus de 65 ans en 2006^{xlix}, moins de la moitié des personnes de 66 à 80 ans étaient bien protégées contre ces 3 maladies et seulement 17% des plus de 80 ans.

Cependant, la majorité des médecins de notre étude (80 à 90%) continuent de protéger l'ensemble des personnes âgées contre le tétanos, par la vaccination anti-tétanique seule. Ces résultats sont similaires à ceux du Baromètre Santé 2003^{lxiv}, où 87% des médecins déclaraient pratiquer souvent ou systématiquement la vaccination anti-tétanique à leurs patients et cela corrobore les données de la couverture vaccinale contre le tétanos seul qui reste stable chez les personnes âgées^{lxix}.

Cette pratique plus systématique du vaccin anti-tétanique peut s'expliquer par le fait que seule la protection contre le tétanos peut paraître utile chez les personnes âgées. La pratique du dTP chez les personnes âgées, bien insuffisante, est à encourager auprès des médecins généralistes du département.

Pour la vaccination contre la coqueluche

L'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique (97%) pratiquent cette vaccination chez les enfants de moins de 2 ans, ce qui est excellent mais cette enquête ne permet pas de mettre en évidence les retards éventuels dans la primo-vaccination.

Par contre, plus de 42% des médecins ont une pratique non conforme au calendrier vaccinal, en réalisant le 2^{ème} rappel du vaccin contre la coqueluche de façon trop précoce avant 6 ans en même temps que le rappel DTP. Le choix des tranches d'âge minimise même ce résultat, puisque ce rappel DTP peut se faire jusqu'à 6 ans, âge inclus dans la tranche d'âge supérieure étudiée.

En revanche, 75% des médecins déclarent vacciner les enfants de 6 à 18 ans contre la coqueluche et pensent donc à vacciner les adolescents.

Ces données reflètent bien la couverture vaccinale contre la coqueluche des enfants et adolescents, correctement protégés, mais qui ont reçu pour 40% d'entre eux le rappel trop tôt à 5-6 ans^{xliii} en même temps que le 2^{ème} rappel DTP. Le calendrier vaccinal 2008 insiste d'ailleurs sur la nécessité de respecter ce rappel à 11-13 ans, mais précise aussi les schémas de rattrapage en cas de mauvaise pratique. Ce calendrier n'étant pas encore sorti au moment de l'enquête, on peut espérer que cette pratique se soit améliorée depuis.

Quant au rappel chez les adultes, près de 3/4 des médecins de notre étude déclarent le réaliser. Ce chiffre est très élevé comparé aux études de 2007 : en Haute-Savoie^{lxxxvii} ces nouvelles recommandations pour les adultes n'étaient connues que par 60% des médecins généralistes et dans l'enquête réseau Sentinelles seuls 25% réalisaient ce rappel chez les adultes, 35% chez les futurs parents^{lxv}.

Les médecins généralistes de Loire-atlantique semblent donc bien sensibilisés aux nouvelles recommandations contre la coqueluche chez les adultes. Leur mode d'information paraît satisfaisant, ayant permis une diffusion rapide de cette nouvelle pratique. Le CVP a participé au relais de cette information dans le département en organisant plusieurs FMC et journées de formation en 2007-2008 sur les actualités vaccinales, ce qui est à poursuivre. Pour améliorer la pratique de ce rappel et augmenter la protection des nourrissons, la stratégie du cocooning a d'ailleurs été simplifiée dans le calendrier vaccinal 2008 en recommandant un rappel contre la coqueluche à l'ensemble des adultes, notamment lors du rappel dTP à 26-28 ans.

En conclusion, moins de 1/3 des médecins de Loire-Atlantique suivent l'ensemble des recommandations actuelles pour la vaccination contre la coqueluche. Il faut persévérer et continuer de transmettre les informations aux médecins sur cette pratique vaccinale pas toujours correctement réalisée.

Pour la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* b

La pratique du vaccin contre le Hib est appliquée par la quasi-totalité des médecins généralistes de Loire-Atlantique (97%) pour les enfants de moins de 2 ans. Depuis 16 ans qu'elle existe, cette recommandation s'est largement imposée, permettant d'atteindre une couverture vaccinale de 98% en 2004 pour les enfants de moins de 2 ans^{xxxviii}, ce notamment grâce au vaccin combiné DTPCHib.

Cependant, notre étude ne nous permet pas d'appréhender d'éventuelles adaptations du calendrier vaccinal avant 2 ans. Fréquemment un retard de 1 à 2 mois pour cette primo-vaccination existe. Or il est important de respecter les dates d'injection de ce vaccin pour protéger le plus tôt possible les

nourrissons, puisque 50% des méningites à Hib des enfants de moins de 5 ans surviennent avant 6 mois^{lxxxviii}.

Un rattrapage vaccinal est possible jusqu'à 5 ans. Si 30% des médecins déclarent pratiquer cette vaccination pour les 3 à 5 ans, il n'est pas possible de faire la part entre un non-respect du calendrier vaccinal en effectuant un 2^{ème} rappel non recommandé, ou la réalisation adaptée d'un rattrapage jusqu'à 5 ans pour les enfants qui n'ont pas encore bénéficié de la primo-vaccination.

Par ailleurs, 12,5% des médecins sont en dehors des recommandations vaccinales en continuant de le proposer après 5 ans, en dehors de cas particuliers comme les patients splénectomisés.

Pour la vaccination contre le pneumocoque

La majorité des médecins généralistes de Loire-Atlantique (83,3%) déclarent réaliser cette vaccination aux enfants de moins de 2 ans, alors que sa généralisation à tous les enfants de moins de 2 ans n'est en place que depuis 2006. Les médecins se sont là aussi rapidement adaptés à cette évolution du calendrier vaccinal, malgré l'absence de vaccin combiné, et cette pratique est également favorisée par le peu de réticences de leurs patients. Mais la couverture vaccinale contre le pneumocoque reste relativement faible, puisqu'elle est estimée à moins de 60% des enfants de moins de 1 an en 2007^{xlii}. Même si elle augmente régulièrement, cette pratique reste à encourager chez les médecins, en insistant sur l'efficacité de ce vaccin qui a permis de diminuer l'incidence des infections invasives à pneumocoque chez les enfants.

Par ailleurs, près de 30% des médecins de l'étude déclarent réaliser cette vaccination aux personnes de plus de 65 ans. Ces données sont similaires dans le Baromètre Santé 2003^{lxiv}, où 33% des médecins déclaraient la proposer « souvent » ou « systématiquement » aux personnes âgées. Cette population est plus fréquemment atteinte d'insuffisance respiratoire ou cardiaque, ce qui fait partie des recommandations particulières pour cette vaccination et qui peut expliquer ces résultats. Ces chiffres restent positifs, car ils reflètent l'intention des médecins de protéger les personnes âgées, souvent plus fragiles et polypathologiques.

Pour le ROR

Dans notre enquête, la grande majorité des médecins (96,5%) déclarent réaliser le ROR aux enfants de moins de 2 ans. Ces données sont encourageantes et supérieures aux données nationales retrouvées dans le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale 2005-

2010^{xxvii}, où une première dose de ROR était proposé aux enfants de 1 à 2 ans systématiquement par 87,6% des médecins généralistes.

Malgré tout, la couverture vaccinale par le ROR stagne chez les enfants à moins de 90% pour 1 dose^{xxxviii}. Si les médecins interrogés pratiquent largement le ROR, cela ne reflète pas ici la couverture vaccinale qui doit d'après ce même plan atteindre 95% pour espérer interrompre la transmission de la rougeole et de la rubéole congénitale. Cet écart semble révéler une distorsion entre les réponses et les pratiques des médecins, qui peut être liée au fait que les médecins répondeurs portent probablement plus d'intérêt à cette vaccination que l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Pourtant, plusieurs éléments doivent favoriser une couverture vaccinale optimale, notamment le remboursement à 100% du vaccin par la sécurité sociale, d'autant que la promotion de ce vaccin par une campagne nationale a été organisée par l'Assurance Maladie en 2004, et que peu de réticences sont exprimées par les patients.

Pour les tranches d'âge supérieures, notamment de 3 à 27 ans, il est difficile de discuter les résultats. En effet, il n'est pas possible de faire la distinction entre la réalisation d'une 2^{ème} dose trop tardive de ROR, comme le préconisaient les anciennes recommandations, ou la pratique adaptée d'un rattrapage vaccinal à ceux qui n'ont pas encore bénéficié de cette vaccination, possible durant toute cette tranche d'âge.

Pour la vaccination anti-grippale

La majorité des médecins de Loire-Atlantique (près de 90%) déclarent réaliser le vaccin contre la grippe aux personnes âgées de plus de 65 ans. La recommandation de vacciner l'ensemble des personnes de plus de 65 ans est donc relativement bien respectée et ces résultats restent proches des données nationales, où 93% des médecins déclaraient la proposer souvent ou systématiquement aux personnes âgées dans le Baromètre Santé 2003^{lxiv}. Cela reflète le poids d'une campagne de vaccination nationale, organisée depuis 2000 en France autour de cette vaccination. Les personnes de plus de 65 ans sont encouragées par l'envoi d'un courrier annuel de la sécurité sociale et par la prise en charge de ce vaccin à 100% sans avance des frais. Ces campagnes ont un effet rassurant et limitent les doutes face au vaccin. La pratique de cette vaccination par les médecins généralistes s'en ressent. Les efforts restent malgré tout, comme pour le dTP, à poursuivre pour vacciner les personnes âgées contre la grippe, souvent isolées et dans une problématique plus curative que préventive, avec une couverture vaccinale encore insuffisante (à 68%)^{li}.

Dans notre enquête, 54% des médecins généralistes de Loire-Atlantique déclarent pratiquer la vaccination anti-grippale aux personnes de 19 à 65 ans et 15% aux enfants de moins de 18 ans. Il peut s'agir d'enfants ou d'adultes rentrant dans les recommandations particulières. En dehors de

ces recommandations, alors que le vaccin n'est pas remboursé, le médecin peut être sollicité par le patient pour se faire vacciner, les principales motivations étant la volonté de ne pas interrompre son activité professionnelle (95% des patients) et d'éviter les contaminations de ou par l'entourage (80%)^{li}. Les individus déjà vaccinés sont dans une très large majorité prêts à se refaire vacciner l'année suivante.

Les médecins de Loire-Atlantique semblent donc enclins à favoriser la vaccination contre la grippe et leur conviction face à ce vaccin peut expliquer la faible réticence de leurs patients pour la vaccination anti-grippale.

Pour la vaccination contre l'hépatite B

Dans notre étude, seuls 60% des médecins généralistes de Loire-Atlantique déclarent réaliser cette vaccination chez les enfants de moins de 2 ans, alors qu'elle est recommandée à l'ensemble des nourrissons. Si ce résultat reste bien insuffisant, il est malgré tout relativement encourageant en comparaison à l'enquête de 2002 sur le suivi des recommandations vaccinales chez les enfants de moins de 2 ans^{xli}, auxquels seuls 40% des médecins généralistes interrogés déclaraient pratiquer cette vaccination. Cette pratique commence donc à s'améliorer, les données du Baromètre santé 2003^{lxiv} retrouvaient d'ailleurs pour la première fois une augmentation de l'attitude « favorable » des médecins à la vaccination des nourrissons contre l'hépatite B entre 1998 et 2003, passant de 51 à 59%. Mais l'évolution est lente, et même s'ils sont majoritairement favorables à cette vaccination dans notre enquête, chez les nourrissons elle reste difficile à faire accepter aux médecins généralistes, d'autant que le risque de contamination apparaît faible,.

Le calendrier vaccinal 2008, recommandant clairement cette pratique, ainsi que les 2 dernières études pédiatriques, ne montrant pas de lien entre le développement d'une SEP et la vaccination contre l'hépatite B^{xxii,xxiii} n'étaient pas encore sortis au moment de l'enquête. On peut donc espérer que cette pratique se soit encore développée depuis, d'autant que l'Affsaps a réaffirmé en septembre 2008 le rapport positif du bénéfice/risque de cette vaccination^{lxxxix}.

D'autre part, le nombre important d'injections à réaliser chez les enfants est un facteur limitant cette pratique et le remboursement du vaccin combiné hexavalent^{lxxxv} depuis l'enquête peut aussi favoriser la réalisation du vaccin contre l'hépatite B chez les nourrissons et participer à l'amélioration de la couverture vaccinale, qui stagne à 30% chez les enfants de moins de 2 ans^{xxxviii}. Le suivi de la couverture vaccinale pour l'hépatite B dans les prochaines années permettra d'évaluer l'effet de ce remboursement.

Par ailleurs, plus de 70% des médecins généralistes de notre étude proposent la vaccination aux enfants de plus de 3 ans et aux adolescents. Nombreux sont donc ceux qui proposent un rattrapage aux enfants et adolescents, ce qui concorde avec le fait que peu de réticences ont été exprimées par les médecins de notre enquête face à ce vaccin, d'autant que le risque d'exposition chez les

adolescents est plus concret que chez les nourrissons. Cette pratique est encourageante et peut laisser espérer une amélioration de la couverture vaccinale chez les adolescents en Loire-Atlantique (à 42% en France^{xliii}). L'évolution de cette pratique vaccinale commence à se ressentir en France, on retrouve en effet une amélioration de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de 11 ans entre 2001 et 2004 (de 30 à 38%), alors qu'elle stagne pour les autres vaccinations^{xliv}.

La pratique de cette vaccination décroît avec l'âge des patients, réalisée par seulement 30% des médecins de notre étude chez les adultes de moins de 65 ans et par 3,5% chez les plus de 65 ans. Ces données reflètent la diminution de la couverture vaccinale avec l'âge^{xlvii} et peuvent s'expliquer par les indications plus ciblées de ce vaccin dans une population vieillissante, selon les facteurs de risque d'exposition au VHB.

Pour la vaccination contre la varicelle

57% des médecins généralistes de Loire-Atlantique ne proposent cette vaccination à personne et seuls 3,7% suivent les recommandations vaccinales. Ces recommandations sont donc très peu connues des médecins pour cette vaccination. Le fait qu'ils rencontrent régulièrement des varicelles bénignes peut expliquer qu'ils y soient peu sensibilisés. D'autre part, ce vaccin n'est apparu dans les recommandations générales que dans le calendrier vaccinal 2007, calendrier en vigueur lors de l'enquête. Ces nouvelles recommandations n'ont peut-être pas été suffisamment accompagnées d'explications pour être appliquées immédiatement, d'autant qu'elles sont complexes pour ce vaccin. Depuis, des séances d'information ont été organisées en Loire-Atlantique autour des actualités vaccinales. La diffusion de la bonne pratique de la vaccination contre la varicelle se fera progressivement.

Pour la vaccination contre l'HPV

Près de 92% déclarent suivre les recommandations en la proposant aux jeunes filles de 14 à 23 ans. Pourtant, comme le vaccin contre la varicelle, c'est un nouveau vaccin apparu dans le calendrier vaccinal 2007. Mais les informations autour de ce vaccin ont été beaucoup plus largement diffusées auprès des médecins et du grand public. C'est un vaccin qui a bénéficié d'une grande médiatisation via la télévision, d'affichage largement visible, de séances d'information auprès des jeunes filles dans les collèges ou lycées. Les médecins ont été sans doute plus sollicités par les patients, mais surtout mieux informés sur ce vaccin. D'autre part, les recommandations sont plus simples à mettre en œuvre comparées à celles du vaccin contre la varicelle.

La valeur de cette donnée est cependant un peu biaisée, car dans notre question, il manquait la proposition : « je ne le réalise à personne ».

Quoiqu'il en soit, ce résultat montre que les médecins généralistes de Loire-Atlantique connaissent bien les recommandations pour le vaccin contre l'HPV, ce qui confirme que pour une mise en application rapide et correcte des recommandations vaccinales, tout nouveau vaccin ou toute modification doit être accompagnée d'une information claire. Plus la recommandation est simple, plus elle est applicable. Les campagnes médiatiques de promotion, notamment lors de la sortie d'un vaccin, favorisent l'adhésion du grand public et encouragent la pratique vaccinale des médecins généralistes. Le développement de ces campagnes de promotion de grande envergure est une aide indispensable pour améliorer la couverture vaccinale.

Pour le BCG

Dans notre étude, seule la moitié des médecins pratique encore le BCG par voie intradermique alors qu'un quart adresse les enfants vers une structure adaptée pour sa réalisation. La grande majorité d'entre eux ne le propose qu'aux enfants qu'ils considèrent à risque de tuberculose. Les autres, 25% des médecins généralistes du département, ne suivent donc pas les nouvelles recommandations en ne la proposant à aucun de leurs patients.

Une étude faite en 2005 avant la disparition programmée de la multipuncture^{xc} a montré que moins de 30% des médecins se disaient prêts à vacciner systématiquement les enfants par voie intradermique et un généraliste sur sept (près de 15%) souhaitait même ne plus vacciner. L'option préférée pour l'avenir était de ne vacciner que les patients à risque. En 2006, 60% des médecins généralistes pratiquaient encore eux-mêmes le BCG par voie intra-dermique^{lxiii}. Ces chiffres se sont encore affaiblis dans notre enquête en 2008, seuls 50% pratiquent eux-mêmes le BCG par voie intra-dermique, et 1 médecin sur 4 ne vaccine plus. Ces données concordent avec le fait que 2/3 des médecins de notre étude sont réticents à cette vaccination.

La voie intradermique ne satisfait pas les médecins généralistes. Elle engendre plus d'effets secondaires et est compliquée à réaliser seul au cabinet. Plus de 2/3 des praticiens ne peuvent pas compter sur une aide (en dehors des parents) pour la contention des enfants pendant l'intradermoréaction, souvent nécessaire à sa réalisation^{xc}.

D'autre part, la levée de l'obligation vaccinale amène les médecins à décider au cas par cas de l'indication d'une protection par le BCG, en déterminant les patients qu'ils considèrent à risque de tuberculose, la Loire-Atlantique ne faisant pas partie des zones à risque élevé de tuberculose. Les recommandations sont définies, mais la décision ne semble pas toujours facile à prendre. L'ensemble explique que les médecins généralistes de Loire-Atlantique réalisent beaucoup moins de BCG qu'auparavant, et cette pratique risque encore de s'atténuer.

En 2005^{xc}, 65% des médecins ne trouvaient pas acceptable d'adresser les enfants à des confrères ou à des structures type centres de PMI pour cette vaccination. Dans notre enquête, seuls 25% des médecins orientent vers ces structures. Dans le contexte actuel, il paraît important de proposer des

formations aux médecins à la pratique de l'injection intra-dermique. Mais surtout, il faut favoriser la réalisation du BCG à la maternité et encourager les médecins à orienter leurs patients vers des structures comme le Centre de Vaccinations Polyvalentes ou le CLAT, surtout si la technique leur paraît inadaptée au cabinet.

Formation et attentes des médecins en matière de vaccination

L'ensemble des médecins ont répondu à cette 3^{ème} partie, plus de 99% d'entre eux, ce qui montre l'intérêt qu'ils portent à la formation. Elle est indispensable tout au long de l'activité médicale et les médecins sont toujours en demande d'informations et de formations utiles à leur pratique.

Formation des médecins en général et sur la vaccination

Les Formations Médicales Continues (FMC) sont théoriquement obligatoires pour tous les médecins. Dans notre enquête, plus de 85% des médecins généralistes de Loire-Atlantique y participent. Ces associations de FMC sont de plus en plus nombreuses et permettent aux médecins de se rencontrer et d'aborder un thème une fois par mois en moyenne. Elles touchent donc la grande majorité des médecins. Dans notre étude, autant sont ceux qui ont également participé à des FMC sur la vaccination. Ce chiffre paraît élevé pour la formation vaccinale comparé à l'enquête de Franche-Comté^{lxv} sur la vaccination où seuls 39% des médecins déclaraient se former sur la vaccination par FMC, et ce d'autant qu'il n'y avait encore que 1% des FMC consacrées à la vaccination en France en 2007^{lxvi}. Deux hypothèses peuvent être évoquées. Les médecins de notre enquête ont pu répondre sans vraiment faire la distinction entre leur formation générale et leur formation sur la vaccination, ou alors les médecins répondants sont ceux qui ont déjà été sensibilisés par une formation sur la vaccination, ce qui a pu les amener à répondre plus fréquemment à notre questionnaire.

Les revues médicales, auxquelles 75% des médecins de notre étude déclarent être abonnés, restent un des moyens les plus utilisés pour se former en général et sur la vaccination. Cette donnée corrobore celle d'une enquête européenne sur l'opinion des médecins face à la vaccination^{lvi} où 75% des médecins français déclaraient se former par revues médicales.

Par contre, seuls 45% des médecins de notre enquête utilisent le calendrier vaccinal, alors qu'il constitue la référence pour les recommandations vaccinales et qu'il est disponible librement sur internet dans le BEH. Ce chiffre paraît très faible, d'autant que dans cette même enquête européenne^{lvi} 81% des médecins français déclaraient l'utiliser. Mais, l'outil internet a un rôle encore très limité dans la formation des médecins de Loire-Atlantique. Dans notre enquête, un peu plus d'un tiers seulement l'utilisent, alors qu'un rapport sur la formation des médecins en 2007^{lxvi} montrait au contraire son utilisation croissante auprès de 70% des médecins français. Les médecins répondants sont donc moins familiarisés à cet outil, ce qui peut expliquer leur faible usage du calendrier vaccinal non diffusé automatiquement par voie postale. L'envoi par courrier du calendrier vaccinal pourrait faciliter sa consultation, mais surtout l'utilisation d'internet est à encourager, il devient un moyen incontournable de transmission de l'information.

Par ailleurs, près de 60% des médecins de notre enquête se forment par l'intermédiaire des visiteurs médicaux, de façon générale et pour la vaccination. Ce chiffre reste élevé, mais plus faible qu'en Franche-Comté, où 3/4 des médecins déclaraient s'informer sur la vaccination par le biais de la visite médicale^{lxxx}. Les médecins de Loire-Atlantique s'appuient moins sur les visiteurs médicaux pour leur formation, ce qui peut laisser suggérer qu'ils se basent davantage sur les textes officiels et qu'ils seront mieux sensibilisés aux propositions de formations médicales sur la vaccination.

Attentes des médecins en matière d'information et de formation

Une information sur la vaccination

Le besoin d'information en matière de vaccination en Loire-Atlantique est bien présent, et plus de 60% des médecins généralistes sont demandeurs d'information sur la vaccination.

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes a un rôle incontestable à jouer auprès des médecins généralistes en leur apportant cette information. Cependant, le moyen le plus adapté pour la transmettre n'est pas tranché. 40% d'entre eux la souhaitent sous forme de FMC, autant par mail ou par voie postale. Il faut donc s'appuyer sur l'ensemble pour espérer répondre aux attentes des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Le CVP pourrait :

- encourager les médecins à utiliser internet, en envoyant des informations par mail, ce qui permettrait une diffusion rapide de l'information ;
- maintenir la voie postale pour toucher les médecins n'utilisant pas encore suffisamment internet. Cependant le courrier a un coût relativement important et un bénéfice pas toujours suffisant (non lu);
- poursuivre les FMC, afin d'être en contact avec les médecins et de permettre la transmission directe d'informations. Les FMC permettent aussi de se faire connaître et de favoriser les liens entre le CVP et les médecins.

Par ailleurs, une des attentes exprimée par les médecins est de pouvoir accéder à l'information quand ils en ont besoin, c'est-à-dire avoir une personne référente au centre, avec un numéro de téléphone où ils pourront demander un avis sur un vaccin, un protocole, une contre-indication... Cette action est déjà en place, mais elle est à développer ou à faire connaître, avec une permanence téléphonique et un médecin joignable pour des avis.

D'autre part, plutôt que des FMC auxquelles ils participent déjà le soir après leurs consultations, plusieurs médecins préféreraient des journées de formation. Le Centre de Vaccinations Polyvalentes a d'ailleurs déjà participé dans ce sens à un séminaire de formation sur les actualités vaccinales en novembre 2008, organisé par Medqual pour les médecins généralistes du département et autres professionnels de santé. Ces journées de formation sont à poursuivre.

Le CVP a donc toute sa place comme centre de référence en matière de vaccination pour les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Il doit leur transmettre des informations régulières et claires sur le calendrier vaccinal. Il pourrait pour cela leur diffuser chaque année le calendrier vaccinal simplifié en insistant sur les nouveautés vaccinales, les résultats d'études, notamment celles concernant le vaccin contre l'hépatite B, les données épidémiologiques sur les maladies à prévention vaccinale et les rapports sur les effets secondaires des vaccins.

Ces propositions répondent aux données du rapport du ministère de la santé et des solidarités, réalisé dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France^{xxvii}. Les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes français y exprimaient le souhait de disposer d'informations sur la vaccination, leur permettant d'exercer plus facilement un rôle d'éducateur auprès de leurs patients. Ils désiraient des informations pour :

- être en mesure de mieux informer sur l'évolution du calendrier vaccinal en fonction de l'épidémiologie ;
- convaincre de l'efficacité et de l'innocuité des vaccins ;
- apporter des réponses claires aux principales questions que se posent les patients ;

- faire percevoir l'importance d'une vaccination qui s'applique à des maladies dont le public et certains professionnels de santé ne perçoivent que le caractère bénin ;
- communiquer de manière plus globale sur la prévention .

Même si ces outils existent déjà, comme les livrets « ouvrons le dialogue » édités par l'INPES ou le site « Infovac » qui répond aux interrogations sur les vaccins via des experts, ils ne sont pas toujours connus des médecins et pas systématiquement diffusés.

Le centre pourrait faire connaître ces supports ou faciliter leur transmission.

Formation à la technique du BCG par voie intra-dermique

Moins d'un quart des médecins de notre enquête souhaite une formation à la technique du BCG par voie intradermique alors que la moitié ne le réalise pas. Cette formation ne semble pas correspondre totalement à leur attente. Souvent, c'est effectivement une technique qu'ils connaissent, mais qu'ils n'arrivent pas à mettre en pratique seul au cabinet, même si leur réticence face à ce vaccin limite aussi sa réalisation.

Une des attentes des médecins est la réalisation du BCG par le CVP. Il faut donc encourager les médecins à adresser au centre ou au CLAT les enfants à risque de tuberculose afin d'augmenter la couverture vaccinale dans cette population.

Cependant, les médecins exerçant loin de Nantes expriment la difficulté d'orienter vers le Centre de Vaccinations Polyvalentes leurs patients, surtout pour la réalisation d'un vaccin, comme le BCG. Or le centre doit toucher l'ensemble de la population du département, et la distance est un facteur limitant.

Certains médecins ont donc le souhait de voir se créer des antennes-relais dans le département. Cette mesure est effectivement prévue et il semble important que ces antennes voient rapidement le jour pour répondre aux attentes des médecins et de la population. Avec le Bus Prévention Santé, l'équipe mobile du centre se déplace déjà dans le département mais de manière ponctuelle. Les antennes permettront une action dans la durée, en partenariat avec les médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Documentation grand public sur la vaccination

Dans notre étude, plus de la moitié des médecins souhaitent de la documentation sur la vaccination pour leurs patients, ce qui confirme l'intérêt qu'ils portent à informer leurs patients sur les vaccins,

mais exprime aussi leurs difficultés pour transmettre eux-mêmes cette information. Cette documentation est un support pour attirer l'attention des patients sur la vaccination et les sensibiliser. Parmi les médecins ne disposant pas de documentation sur la vaccination dans leur cabinet, 40% en sont demandeurs.

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes a donc un rôle à jouer en distribuant des plaquettes d'information, des carnets de vaccination, des affiches sur la vaccination aux médecins du département.

Nécessité de faire connaître le CVP

Certains médecins (moins de 1%) ont répondu qu'ils ne voyaient pas l'intérêt d'un tel centre, et 85% n'ont pas émis d'attentes particulières, soit parce qu'ils n'en ont pas, soit parce qu'ils n'ont pas de proposition à soumettre.

Alors que la vaccination fait partie de la pratique quotidienne du médecin, il est nécessaire d'informer les médecins des objectifs et des actions d'un tel centre. Le rôle du centre n'est pas de vacciner la population générale, mais bien de promouvoir la vaccination auprès du grand public et des professionnels de santé, et de vacciner les populations non touchées par les médecins libéraux.

Le CVP doit mieux se faire connaître pour se faire accepter comme un centre de référence sur la vaccination. Il doit insister sur son activité et ses missions, afin que les médecins en comprennent les objectifs et y participent. Il s'agit bien d'une coopération avec les médecins généralistes pour permettre d'améliorer la couverture vaccinale.

Autres actions sur la vaccination suggérées par les médecins

Les médecins insistent sur l'importance de développer l'information auprès du grand public, notamment pour le vaccin contre l'hépatite B et ils évoquent la nécessité de mettre en place des campagnes médiatiques promouvant la vaccination. Pour certains, il est indispensable de délivrer à la population générale une information courte et claire sur l'utilité et l'innocuité du vaccin contre l'hépatite B, réfléchir à un slogan marquant qui mette fin aux idées fausses, en parler dans la presse locale, et faire des séances d'information dans les écoles.

En parallèle, il faut entretenir la mémoire collective du bien-fondé des vaccins, en parlant des maladies dont ils protègent au grand public.

Le CVP doit continuer à mener différentes actions d'information auprès du grand public de la manière la plus ludique et pédagogique possible. Un jeu de l'oie sur la vaccination a par exemple été conçu au centre et rend les séances d'information plus interactives.

Par ailleurs, les médecins sont demandeurs de textes clairs sur le vaccin contre l'hépatite B, car certains n'ont pas de réponse à apporter à leurs patients concernant le lien entre le vaccin contre l'hépatite B et la SEP.

Le CVP pourrait servir de référence en synthétisant les études et les textes de la haute autorité de santé sur ce vaccin, pour les transmettre aux médecins, de même pour les nouveaux vaccins qui posent question.

Les modifications trop fréquentes du calendrier vaccinal sont pour les médecins un frein à la bonne pratique vaccinale, d'autant qu'elles ne sont pas toujours bien comprises. Pour eux, il est nécessaire de simplifier le calendrier vaccinal, ou d'en apporter les explications, ce qui doit rester un des rôles du CVP.

Enfin, les médecins soulignent à nouveau la nécessité d'antennes du CVP dans le département, pour atteindre toute la population de Loire-Atlantique.

En attendant, il est important de continuer à mettre en place des actions dans le département avec l'équipe mobile du centre et son bus, et de poursuivre le travail sur des grands événements avec les différentes communes du département.

Des propositions similaires au niveau national dans le rapport sur la politique vaccinale de l'OPEPS, septembre 2007^{xcii}

Nos constatations et les propositions faites au niveau de la Loire-Atlantique pour améliorer la couverture vaccinale et le suivi des recommandations vaccinales avec l'aide du Centre de Vaccinations Polyvalentes rejoignent celles de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) de septembre 2007 pour améliorer la politique vaccinale en France.

Trois ans après la loi du 9 août 2004 relative à la santé publiqueⁱ, le Sénat, via l'OPEPS, a mandaté ALCIMED, société de conseil et d'aide à la décision appliqués aux sciences de la vie et à la chimie, pour réaliser le bilan et l'évaluation de la politique vaccinale de la France. Cette étude a permis de faire le point sur le rôle et la coordination des différents acteurs de la politique vaccinale, sur sa mise en pratique (adhésion du grand public, des médecins...), et surtout sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser son application.

À l'issue des étapes d'analyse de la politique vaccinale, plusieurs recommandations ont été formulées par l'OPEPS :

Mobiliser les professionnels de santé :

- renforcer la formation initiale (augmenter le nombre d'heures de cours consacrées aux vaccins pour les étudiants) et la formation continue en vaccinologie des médecins (développer les FMC sur la vaccination) ;
- améliorer l'accès et le contenu de l'information pour les professionnels de santé :
 - informer personnellement les médecins vaccinateurs, en temps réel, par courrier ou par mail, des recommandations et des avis officiels, ainsi que des modifications du calendrier vaccinal ;
 - encourager l'accès à internet avec des sites sur la vaccination contenant des données claires et régulièrement remises à jour ;
 - délivrer des informations sur les effets secondaires des vaccins, notamment sur la vaccination hépatite B pour qu'ils puissent avoir un discours clair auprès de leur patient ;
 - encourager pour cela les déclarations de pharmacovigilance et sensibiliser les médecins à l'épidémiologie, la fréquence des maladies, l'effet de la vaccination en terme de santé publique... ;
 - impliquer les professionnels de santé dans les campagnes d'information sur la vaccination ;
 - rendre accessible de la documentation pour les patients ;
- confier au médecin traitant le suivi du statut vaccinal du patient.

Convaincre l'opinion publique :

- développer la communication auprès de la population sur la vaccination et la prévention de manière générale, notamment par le biais d'Internet.
- lancer des campagnes de vaccination et de sensibilisation à grande échelle de façon régulière, en fonction de l'évolution de la couverture vaccinale, et notamment en faveur de la vaccination contre l'hépatite B, avec la diffusion de brochures informatives aux professionnels de santé comme au grand public.
- instaurer une culture de la prévention, avec une éducation à la santé dès le plus jeune âge dans le cadre des programmes scolaires et l'organisation d'actions de grande envergure, notamment sur la prévention vaccinale.
- informer le grand public des découvertes dans le domaine des vaccins.

Ainsi, les besoins ciblés pour promouvoir la vaccination en Loire-Atlantique concordent avec les données nationales. Le rôle du Centre de Vaccinations Polyvalentes de Loire-Atlantique prend tout son sens au niveau du département et il doit continuer à mettre en place ces mesures de sensibilisation et d'information, en collaboration avec les médecins généralistes du département.

Dans ce contexte et afin de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé et du grand public sur la vaccination, le CVP a organisé une 1^{ère} campagne de promotion de la vaccination, à l'échelle du département, en participant à la semaine européenne de la vaccination fin avril 2008.

**EXEMPLE D'UNE CAMPAGNE
DE PROMOTION DE LA VACCINATION :
MISE EN PLACE DE LA 1^{ère} SEMAINE
EUROPÉENNE DE LA VACCINATION
EN LOIRE-ALANTIQUE**

Un des objectifs du CVP est de développer des actions efficaces de promotion de la vaccination, afin d'améliorer la couverture vaccinale. En 2008 et pour la 1^{ère} fois, le département de Loire-Atlantique a participé à la «Semaine Européenne de la Vaccination » du 21 au 27 avril.

Au cours de cette période, les patients ont été invités à faire le point sur leur statut vaccinal avec leur médecin. Plusieurs supports ont été créés pour cet évènement (affiches, dépliants grand public et professionnels de santé), avec l'organisation d'une campagne de communication, notamment médiatique (conférence de presse, messages radios, publications dans la presse...). Une partie de mon travail a été de contribuer à la mise en place et au déroulement de cette semaine, notamment en participant aux consultations ainsi qu'à la réalisation de la campagne de communication et des supports.

Historique et objectifs

Les initiatives prises en France, comme à l'étranger, ont montré l'intérêt de développer des actions de proximité qui favorisent la diffusion d'informations.

Le principe d'une journée nationale ou d'une semaine nationale de la vaccination existe depuis longtemps au Canada et aux Etats-Unis et plus largement dans toute la région Amérique.

Dans ce contexte, en Europe, la Semaine de la Vaccination a été initiée par l'OMS Europe pour la première fois en 2005 avec neuf pays participants^{xcii}. En France, la Franche-Comté fait figure de pionnier puisque l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie y organise une semaine de mobilisation sur ce thème depuis 2004^{lxxxiv}.

La semaine européenne de la vaccination est dirigée et coordonnée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avec le soutien de plusieurs partenaires, dont le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies (CEPCM). Elle a pour but d'accroître la couverture vaccinale dans la région européenne de l'OMS en sensibilisant l'opinion à l'importance de la vaccination. La semaine européenne est axée autour d'un message essentiel : « vacciner tous les enfants pour prévenir les maladies et préserver la vie ». L'analyse de l'expérimentation de cette semaine de la vaccination en Franche-Comté a montré qu'une politique volontariste dans le champ de la vaccination est possible sur un territoire de santé précis, la région ou le département, et améliore la couverture vaccinale^{lxxxiv}. Il a donc été décidé d'encourager ce projet dans d'autres régions de France.

La semaine européenne de la vaccination a été renouvelée en 2007, avec cette fois-ci 25 pays participants^{xciii} et cinq régions en France (Franche-Comté, Ile-de-France, Auvergne, Provence

Alpes Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon), qui ont fait des vaccinations un axe prioritaire de santé publique.

Cette semaine de la vaccination continue de se développer et semble se pérenniser. En 2008, 33 pays Européens y ont participé et en France, 10 régions et 2 départements : l'Auvergne, la Corse, la Franche-Comté, la Guyane, l'Ile-de-France, le Languedoc-Roussillon, la Lorraine, Midi-Pyrénées, les Pays-de-Loire, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi qu'une partie de la région Rhône-Alpes (Isère, Savoie)^{xciv}.

Améliorer la couverture vaccinale par l'information et la communication en direction des professionnels de santé et de la population, toucher les groupes les plus difficiles à atteindre dans un souci de réduction des inégalités sont les principaux objectifs de cette semaine de mobilisation, en développant des actions de proximité.

La semaine européenne de la vaccination s'efforce donc de mobiliser les relais institutionnels et professionnels pour créer une dynamique d'information et d'éducation impliquant la population et les acteurs de santé, au niveau local. La participation active de tous les soignants à cette action est essentielle à sa réussite.

En France, les régions participantes organisent ainsi des actions d'animation et d'information en direction du grand public et des professionnels de santé sous l'impulsion et la coordination de l'INPES et de la Direction Générale de la Santé, notamment grâce à des expositions, des outils didactiques et de nombreuses actions de proximité.

La région des Pays de la Loire s'est portée volontaire pour participer pour la première fois en 2008 à la semaine européenne de la vaccination. Dans la Sarthe, des actions portées par le Conseil Général de la Sarthe et la DDASS ont été organisées à destination du grand public. En Mayenne, la maison de la prévention, la DDASS et la CPAM de Laval ont fait la promotion de la vaccination des jeunes femmes contre le HPV^{xciv}.

En Loire-Atlantique, des actions tout public ont été organisées, portées par le Centre de Vaccinations Polyvalentes du CHU de Nantes dans un large partenariat et sur tout le département. Les objectifs fixés étaient de :

- sensibiliser et informer les professionnels de santé du département (médecins généralistes, pédiatres, médecins du travail, pharmaciens, sages-femmes) aux nouveautés vaccinales 2007 ;
- sensibiliser le public à la vaccination, en améliorant son acceptabilité et en renforçant les connaissances ;
- aller à la rencontre de la population pendant la semaine ;
- faire connaître le CVP dans le département.

Les professionnels de santé ont été invités pendant cette semaine à mettre à jour le statut vaccinal de leurs patients, au moyen d'une documentation distribuée à cette occasion. Le site Le Tourville a accueilli, sans rendez-vous, un public large désireux de s'informer et/ou de se faire vacciner. L'équipe mobile, quant à elle, a réalisé au moyen du Bus Prévention Santé (Annexe 1) des séances d'information et de vaccination dans plusieurs communes du département (Châteaubriant, Nozay, Ancenis, Saint-Nazaire, Machecoul).

Pour cela, un plan de communication a été élaboré, avec l'aide de partenaires, prévoyant la publication d'articles de presse et la diffusion de spots télévisés et radiophoniques dans les médias locaux la semaine précédant l'événement et durant la semaine de la vaccination. Un courrier explicatif accompagné du calendrier vaccinal 2007 simplifié, d'affiches pour la salle d'attente et de brochures destinées aux patients a aussi été envoyé aux professionnels de santé.

Plan de communication et de sensibilisation

Outils et supports utilisés

La campagne de sensibilisation a été réalisée avec l'aide de différents supports de communication pour le public et pour les professionnels de santé.

Supports nationaux proposés par l'INPES

Un Slogan

Le slogan national : « Vaccination, où en êtes-vous ? » avait pour objectif d'inciter les patients à faire le point sur leurs vaccins avec leurs médecins et d'encourager les professionnels de santé à informer leurs patients sur la vaccination.

Affiches (Annexe 7)

Des affiches portant ce slogan ainsi que le message : « Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien » ont été proposées par l'INPES et adaptées au département de Loire-Atlantique par la CPAM de Nantes grâce à leurs infographistes. Différents formats de ce support ont été utilisés pour une meilleure visibilité selon les lieux d'affichage (endroits stratégiques de différentes villes, cabinets de médecins, pharmacies...).

Exposition Planète Santé (Annexe 8)

20 exemplaires d'une exposition sur la vaccination générale ont été commandés à L'INPES. Elle explique en 12 posters (60 cm x 40 cm) l'utilité individuelle et collective de la vaccination, l'histoire de la vaccination, les différentes maladies à prévention vaccinale avec leur

épidémiologie mondiale, et reprend des questions/réponses sur la vaccination et le calendrier vaccinal simplifié.

Supports réalisés par le Centre de Vaccinations Polyvalentes

Dépliant grand public (Annexe 9)

Une brochure pour le public a été rédigée avec un texte informatif et incitatif, un extrait du calendrier vaccinal et 5 questions/réponses sur la vaccination. Les infographistes de la CPAM ont réalisé ce dépliant 3 volets avec une charte graphique similaire à celle de l’affiche INPES. 115 000 exemplaires ont été édités.

Document pour les professionnels de santé (Annexe 10)

Décliné d’après le même visuel par les infographistes de la CPAM, un document pour les professionnels de santé (4 pages A4) a été réalisé en collaboration avec le service de pédiatrie du CHU de Nantes, le service de médecine du travail et l’association des sages-femmes. Il reprend les actualités vaccinales du calendrier vaccinal 2007 et cible quelques messages spécifiques sur la vaccination des enfants, des migrants et des professionnels de santé ainsi que la vaccination par les sages-femmes et par les médecins du travail. L’édition de ce support (3100 exemplaires) et son expédition à 2200 professionnels de santé ont été assurées par un imprimeur.

Lettre informative pour les professionnels de santé (Annexe 11)

Les documents destinés aux professionnels de santé étaient accompagnés d’une lettre informative, du Centre de Vaccinations Polyvalentes précisant les objectifs de la semaine de la vaccination.

Outils de communication

Les différents médias (internet, presse locale, radio, télévision) ont été utilisés pour diffuser l’information.

Partenaires

Différents partenaires ont permis l’organisation de cette première semaine européenne de la vaccination en Loire-Atlantique : le Ministère de la Jeunesse, de la Santé et des Sports, la préfecture de Loire-Atlantique, la DDASS et la DRASS des Pays de la Loire, le CHU de Nantes (notamment les services de pédiatrie, de médecine du travail, de communication, le PIMESP, la pharmacie...), le Conseil Général de Loire-Atlantique, la MSA, l’Assurance Maladie de Nantes et de Saint-Nazaire et l’INPES. Elle a également bénéficié du soutien et de la participation de l’université de Nantes (SUMPPS), de l’inspection académique, du Conseil de l’Ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes de Loire-Atlantique, des PMI du département, de

la ville de Nantes et des communes de Saint-Nazaire, d'Ancenis, de Châteaubriant, de Machecoul et de Nozay.

Les différentes actions de communication

Auprès des professionnels de santé

Information sur la vaccination et documents pour les patients

L'ensemble des médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, médecins du SUMPPS, de la MSA, médecins du travail, médecins scolaires et pharmaciens de Loire-Atlantique ont donc reçu dans les 15 jours précédant la semaine européenne de la vaccination une enveloppe individuelle, à leur cabinet ou lieu d'accueil, contenant :

- La lettre informative sur le centre et la semaine de la vaccination ;
- Le document « professionnel de santé » sur les recommandations vaccinales avec le résumé des actualités et le calendrier vaccinal ;
- Une petite affiche de la semaine de la vaccination ;
- 50 brochures « grand public » à destination de leurs patients.

L'objectif de ce courrier était de sensibiliser les professionnels de santé à la vaccination et à la semaine de la vaccination. Il permettait une mise à jour de leurs connaissances sur les actualités vaccinales, délivrait une information sur le centre et la semaine de la vaccination, et mettait à disposition de la documentation pour encourager la communication sur la vaccination avec leurs patients.

FMC sur la vaccination

Des FMC préparatoires ont été proposées par les médecins du Centre de Vaccinations Polyvalentes aux médecins libéraux et pharmaciens avant la semaine de la vaccination.

Par l'intermédiaire de sites internet à destination des professionnels de santé

Des informations sur la semaine de la vaccination ont été diffusées sur différents sites à destination des professionnels de santé : Medqual (site à vocation régionale pour le bon usage des médicaments), intranet du CHU de Nantes.

Bulletins d'informations

Une note d'information sur la semaine européenne de la vaccination a été transmise au Conseil de l'Ordre des médecins et des pharmaciens de Loire-Atlantique. Une information dans le journal interne du pôle de médecine du CHU de Nantes a également été diffusée.

Auprès du grand public

Affichage

Les affiches de la semaine de la vaccination ont été mises à la disposition des partenaires pour relayer l'information dans les lieux publics. Elles étaient présentes dans différents endroits pour sensibiliser le grand public :

- les hôpitaux : Ancenis, Châteaubriant, Nantes, Saint-Nazaire ;
- 3 cliniques : les Nouvelles Cliniques Nantaises, la Polyclinique de l'Atlantique et la clinique Jules Verne ;
- la ville de Nantes (mairie centrale et annexes, centres sociaux...) ;
- la faculté de médecine, de pharmacie, les écoles d'infirmière (IFSI CHU et Croix-Rouge) de Nantes ;
- les 4 communes ciblées par le passage du Bus Prévention Santé pendant la semaine de la vaccination (mairies, centres sociaux, maisons de quartier...) et d'autres communes du département ;
- les autres partenaires : le Conseil Général, les annexes de l'Assurance Maladie, la MSA, le RSI, les PMI, la DDASS, la DRASS, l'Université de Nantes et différentes associations (Médecin du Monde, ASAMLA, ETAP, ACOTHÉ...) ;
- et chez les professionnels de santé qui les ont exposées.

Des affichages sur les panneaux électroniques de certaines villes (Ancenis, Saint-Nazaire) ont également permis de communiquer sur la semaine européenne de la vaccination.

Diffusion des dépliants d'information sur la vaccination

Ils étaient disponibles pour le grand public chez les pharmaciens, médecins, partenaires sociaux... et informaient la population sur les vaccins en général.

Ils ont également été distribués pendant la semaine européenne de la vaccination par l'équipe du centre.

Exposition « Planète Santé »

L'exposition a été installée dans 20 endroits « stratégiques » et lieux de passage :

- les communes (mairies) de passage du Bus Prévention Santé : Ancenis, Châteaubriant, Machecoul, Nozay, Saint-Nazaire ;
- les centres hospitaliers (dans le Hall d'entrée) : Ancenis, Châteaubriant, Nantes CHU Hôtel-Dieu et Laënnec, CVP, Saint-Nazaire ;
- la Polyclinique de l'Atlantique
- MSA, SUMPPS, PMI, CPAM, DDASS, inspection académique, école des sages-femmes.

Sites internet à destination du grand public

Le site internet de la ville et de la CPAM de Nantes ont fait défiler un encadré sur la semaine européenne de la vaccination, ainsi que le site du SUMPPS, de la MSA et de la DDASS.

L'intranet de la Direction Générale des Impôts et de la mairie de Saint-Nazaire ont permis une diffusion de l'information à leurs employés.

Presse écrite

Des informations sur la semaine de la vaccination et son déroulement ont été relayées par plusieurs articles dans la presse locale :

- Communiqué de presse de la préfecture ;
- Nantes Passion ;
- Ouest-France Nantes et Châteaubriant (les 19, 20 et 24 avril 2008) ;
- Presse-Océan (le 21 avril 2008) ;
- Saint-Nazaire magazine.

Le lieu, le jour et les horaires des actions étaient précisés, et des interviews de l'équipe du centre réalisées pendant la semaine de la vaccination ont été retranscrites.

Radio

Une émission a été diffusée en direct sur France Bleue Loire Océan avec les médecins du CVP avant la semaine européenne de la vaccination pour donner une information sur la vaccination et répondre aux questions des auditeurs. Elle a eu lieu le 10 avril 2008, pendant 1h30 : « C'est bon à savoir, le calendrier vaccinal, questions-réponses sur la vaccination ».

Pendant la semaine de la vaccination, des radios locales et nationales ont transmis des spots d'informations :

- France Bleue Loire Océan : message enregistré de 1 minute, diffusé 3 fois à heures de grande écoute le 21 avril ;
- Radio Fidélité : pendant les informations du 22 avril ;
- France Inter : message national régulier durant la semaine européenne de la vaccination.
-

Télévision locale

Des reportages ont été diffusés à la télévision locale :

- FR 3 régional : informations sur la semaine européenne de la vaccination en Loire-Atlantique lors du journal d'information quotidien du soir le 23 avril ;
- Télé Breizh : reportage sur le passage du Bus Prévention Santé à Machecoul, dans le journal du soir le 21 avril ;
- Télévision locale de Châteaubriant « C la 9 » : diffusion d'un reportage réalisé lors du passage du bus à Châteaubriant, notamment sur le déroulement d'une consultation dans le bus.

Quelques spécificités selon les communes

- À Machecoul, une « feuille jaune », lettre d'information, a été envoyée dans chaque foyer et un courrier a été adressé aux associations, professionnels de santé, entreprises, ANPE, mission locale, établissements scolaires, gendarmerie, et pompiers de la commune informant du passage du Bus Prévention Santé.
- À Châteaubriant, une information sur le lieu et l'horaire de passage du bus a été diffusée à chaque habitant de la commune dans le bulletin municipal et par des affichages comportant un bandeau spécifique de la commune dans les commerces, CAF, sécurité sociale, relais rencontres...
- À Nozay, une lettre « flash info » a été envoyée à tous les habitants de la commune, avec des affiches de la semaine de la vaccination dans tous les commerces et mairies de la commune.
- À Saint-Nazaire, l'affichage a été largement réalisé dans divers endroits du centre ville (associatifs, commerces, centres sociaux, foyers, maisons de retraite...).

- À Ancenis, un communiqué de presse était adressé par l'intermédiaire des bulletins municipaux à chacun des habitants, avec le lieu et l'horaire des consultations de l'équipe mobile dans le Bus Prévention Santé.

-
-
-
-
-
-
-
-

Actions du CVP pendant la semaine européenne de la vaccination

Au Centre de Vaccinations Polyvalentes du CHU de Nantes

Des séances d'information et de vaccination ont été réalisées sur place, au Centre de Vaccinations Polyvalentes à Nantes, au Tourville et ciblaient tous les publics.

Un médecin, une infirmière et une secrétaire étaient présents durant 6 demi-journées, du lundi 21 au vendredi 25 avril de 11h à 17h et le samedi 26 avril le matin de 10h30 à 13h30. Une consultation médicale était proposée, sans rendez-vous, avec la lecture du carnet de santé, la remise d'informations et la réalisation de vaccinations si nécessaire.

Le médecin du centre restait disponible pour répondre aux questions éventuelles du public ou des professionnels de santé.

Avec l'équipe mobile et le bus

Chaque jour, du lundi 21 au vendredi 25 avril 2008, l'équipe mobile se déplaçait dans une commune du département, pour aller au-devant de la population.

L'équipe mobile était composée d'un chauffeur, qui participait également à l'accueil du public, d'un médecin et d'une infirmière. Les horaires dépendaient du lieu d'intervention.

Sur place, une consultation médicale était proposée dans le Bus Prévention Santé par le médecin du centre, qui était disponible pour délivrer des informations sur le statut vaccinal et les

vaccinations en général. Des vaccins pouvaient être réalisés par l’infirmière, avec la remise d’un carnet de vaccination si nécessaire.

Les différents lieux d’action :

JOUR	LUNDI 21/04	MARDI 22/04	MERCREDI 23/04	JEUDI 24/04	VENDREDI 25/04
LIEU	MACHECOUL	NOZAY	CHÂTEAUBRIANT	TANCENIS	St NAZAIRE
HORAIRE	14h-18h	11h-15h	9h-12h30	9h-13h30	10h-15h

Tableau 2 : Lieux et horaires du Bus Prévention Santé pendant la semaine de la vaccination

Ces cinq communes ont été définies dans l’objectif de desservir au mieux l’ensemble du département, mais aussi parce qu’une collaboration existait déjà entre le Centre de Vaccinations Polyvalentes et 4 d’entre elles (Ancenis, Saint-Nazaire, Châteaubriant et Machecoul), où des antennes du centre doivent être prochainement créés. Ces communes étaient donc déjà mobilisées autour de la vaccination, avec des personnes référentes travaillant en collaboration avec le CVP. Ce sont elles qui ont organisé la campagne de communication dans leur commune et ainsi facilité la mise en place de cette semaine de la vaccination.

Dans chacune de ces communes, nous avons essayé d’être présents au moment d’un événement particulier, comme le marché, pour toucher le plus de monde possible. L’emplacement du bus a été défini avec les mairies et les personnes référentes de la commune.

Évaluation

Bilan d’activité

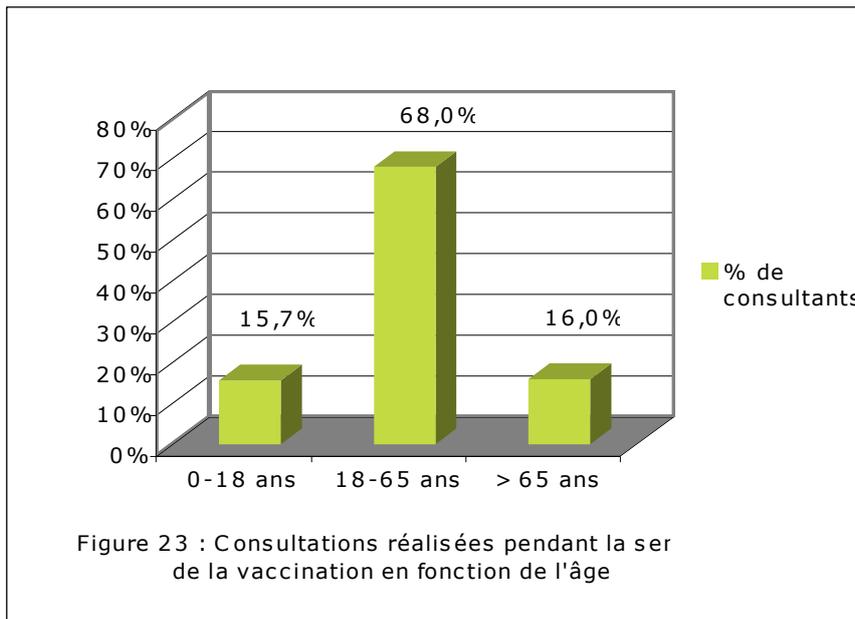
Activité globale

L’activité de la semaine a été enregistrée sur la base de données informatiques CLINICOM du CHU de Nantes. Les données administratives et sociales ont été saisies par les secrétaires et les données médicales par le personnel infirmier.

Au total, 153 consultations ont été réalisées, sur une amplitude horaire de 58 heures, ce qui correspond à 2,5 consultations par heure : 68% des consultations (n=104) ont été réalisées par l’équipe mobile soit 4 consultations par heure, 32% (n=49) au centre soit 1,5 consultations par heure.

La majorité des consultants, 58,2% (n=89), sont des femmes. L'âge moyen des consultants est de 42,9 ans. 17% d'entre eux (n=26) sont considérés comme étant en situation de précarité sociale. Dans 97,4% des cas, il s'agit d'un recrutement départemental, 10% sont de nationalité étrangère. 61,4% des patients (n=94) ont déclaré avoir un médecin traitant.

15,7% des consultants (n=24) ont de 0 à 18 ans, 68% (n=104) de 18 à 65 ans et 16% (n=25) plus de 65 ans (Figure 23). Par contre, 84% des consultants de plus de 65 ans (n=21) ont été vus par l'équipe mobile.



Dans 80% (n=123) des cas, la consultation a été suivie d'un acte vaccinal. 27 dTP ont été réalisés, 89 dTPC (soit 116 doses de vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite et 89 doses de vaccin coqueluche), 12 ROR, 1 vaccin rubéole, 8 vaccins hépatite B et 1 vaccin HPV (Figure 24).

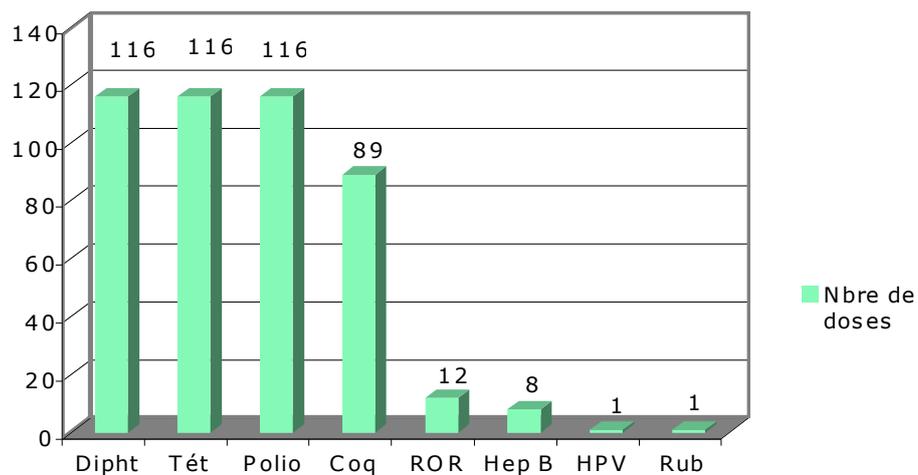


Figure 24 : Doses vaccinales réalisées pendant la semaine de la vac

En conclusion :

L'équipe mobile a réalisé la majorité des consultations.

La population active a en majorité consulté durant la semaine de la vaccination et plus souvent des femmes.

Un public large, pas seulement précaire, a été recruté.

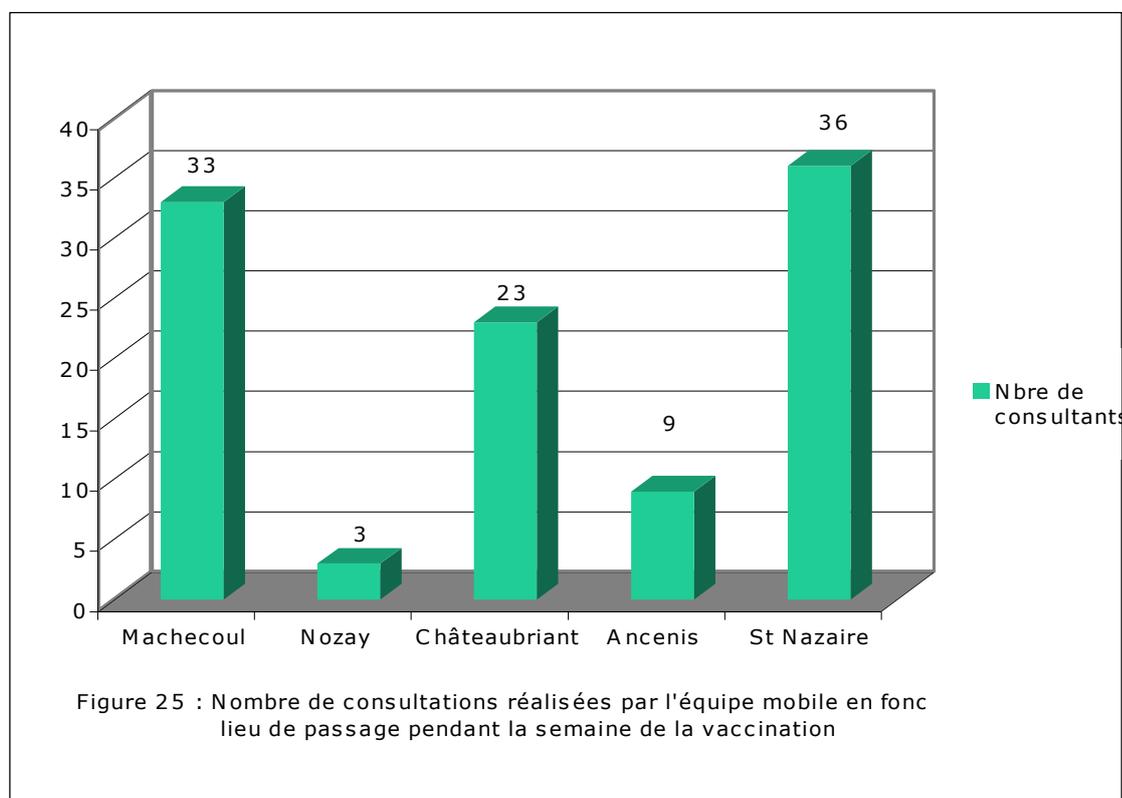
Les personnes âgées ont pu être mieux touchées par l'équipe mobile.

Les consultations ont abouti dans la grande majorité des cas à une vaccination.

Le vaccin dTPC a été majoritairement prescrit.

Activité mobile

Machecoul, Châteaubriant et Saint-Nazaire ont été les 3 communes les plus fréquentées (Figure 25).



Le nombre de consultations reflète la communication en amont faite autour de la semaine européenne de la vaccination dans la ville et les communes alentours : dans les communes de Machecoul et de Châteaubriant, l'information a été bien diffusée. Les patients n'étaient pas là par hasard, et souvent avec leur carnet de vaccination. Dans les autres communes, certains n'avaient pas compris notre action, notamment la possibilité de vaccination sur place.

D'autre part, l'emplacement du Bus Prévention Santé est déterminant. À Saint-Nazaire, il était situé dans une zone de passage importante, alors qu'à Ancenis, le bus était peu visible, même si l'action s'est déroulée pendant le marché, ce qui a limité les consultations et la possibilité de distribuer des informations sur place.

Enfin, Nozay n'était pas une commune initialement en lien avec le centre. L'implication de la ville dans la vaccination favorise le succès de la campagne et sa compréhension. Il est donc primordial d'avoir des communes relais dans le département, travaillant en partenariat avec le Centre de Vaccinations Polyvalentes.

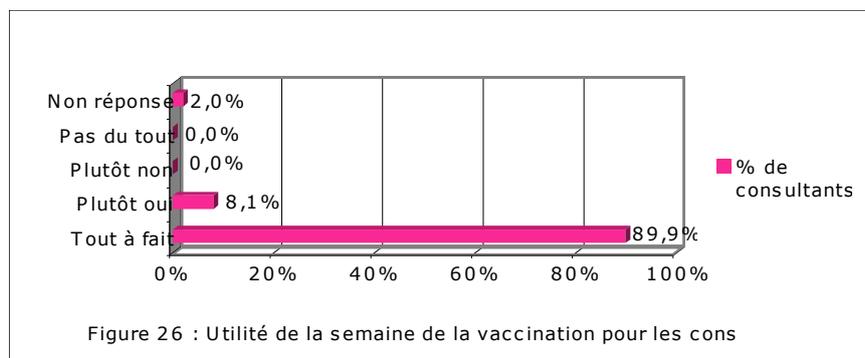
Pour améliorer l'activité mobile, la communication en amont doit être développée avec une information claire sur notre action et un endroit stratégique pour le bus est nécessaire.

Enquête de satisfaction de la population

Une enquête de satisfaction (Annexe 12) a été distribuée à la fin de chaque consultation, au centre et dans le bus prévention santé, pour connaître l'opinion de la population sur notre action. 99 questionnaires ont été remplis.

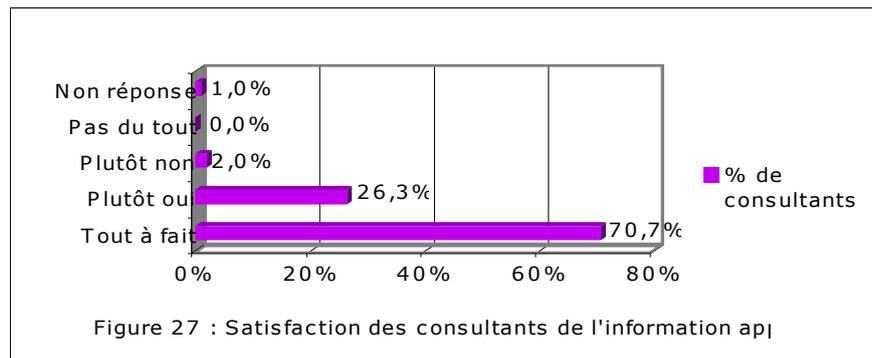
1. Cette action autour de la vaccination vous semble-t-elle utile ? (Figure 26)

98% des consultants ont trouvé notre action utile.



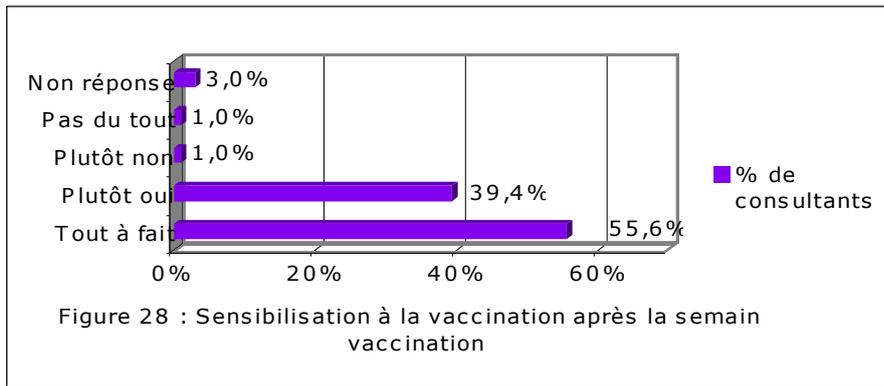
2. Les informations apportées sur la vaccination vous paraissent-elles satisfaisantes? (Figure 27)

97% des consultants sont satisfaits des informations qui leur ont été délivrées au cours de la semaine de la vaccination.



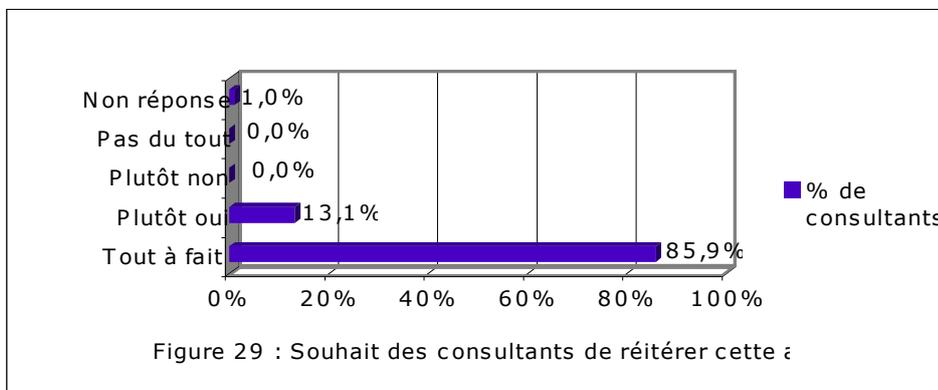
3. Pensez-vous être mieux sensibilisés à la vaccination pour vous et votre famille ? (Figure 28)

95% des consultants se considèrent mieux sensibilisés à la vaccination après notre information.



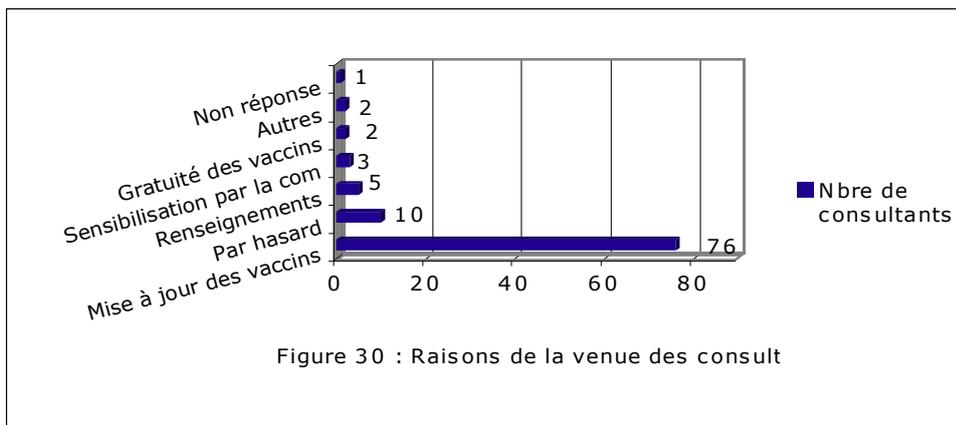
4. Souhaitez-vous que nous renouvelions cette intervention ? (Figure 29)

99% des consultants souhaitent que nous réitérions cette action.



5. Pourquoi êtes-vous venus aujourd'hui? (Figure 30)

La grande majorité des consultants sont venus pour une mise à jour de leurs vaccins.



6. Remarques et suggestions

Les principales remarques des consultants étaient qu'ils trouvaient la communication autour de l'événement insuffisante (n=9), que la signalisation du bus n'était pas adaptée (n=4), mais que l'action était à renouveler (n=10), que l'action était très positive (n=7), que l'accueil était bon (n=3), et qu'il fallait impliquer d'avantages les médecins et les pharmaciens (n=2).

En conclusion :

Le public de Loire-Atlantique est très satisfait et demandeur de ce genre d'action.

Une bonne communication est primordiale pour faire connaître l'action.

Un emplacement stratégique pour le bus est nécessaire.

Impact de la communication auprès des professionnels de santé

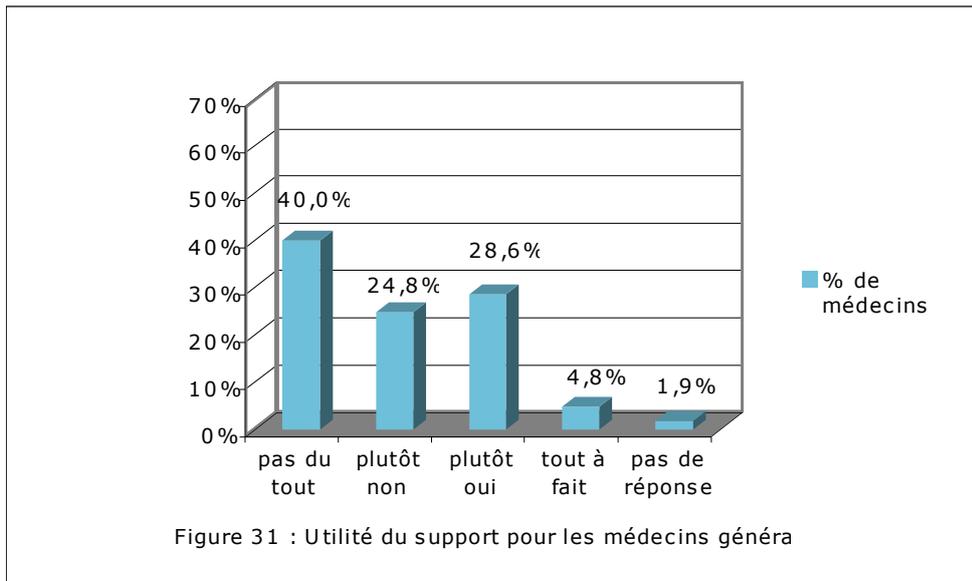
Une enquête téléphonique a été réalisée 1 mois après la semaine européenne de la vaccination auprès d'un échantillon de médecins généralistes (105) et de pharmaciens (45) de Loire-Atlantique tirés au sort.

Une seule question a été posée :

Vous avez dû recevoir de la documentation pour la semaine européenne de la vaccination. Est-ce que cela a été un support utile pour votre pratique ?

Impact de la communication auprès des médecins généralistes (Figure 31)

Seuls 33% des médecins généralistes ont jugé utile les documents informatifs reçus sur la vaccination.



Les remarques principales des médecins portaient sur 2 points :

- Ils se considèrent comme bien informés.
- Les documents n'ont pas été vus ou lus.

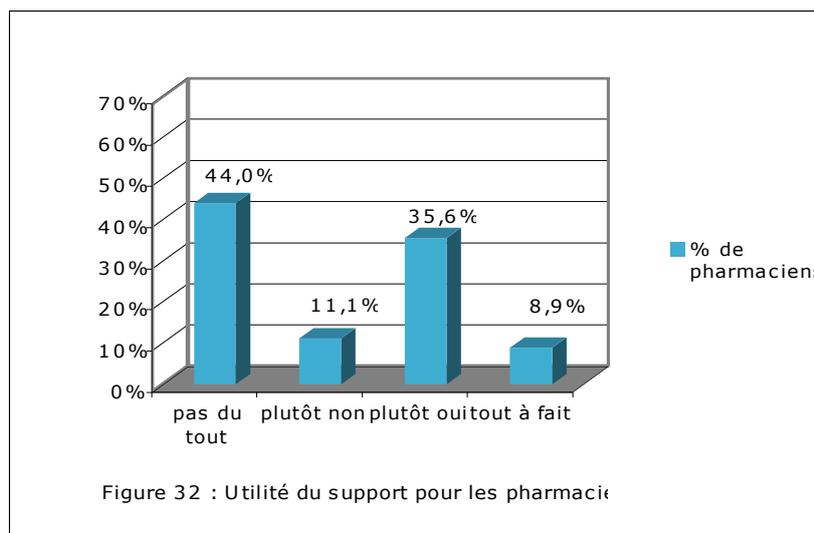
Les brochures d'information pour les patients et l'édito à destination des professionnels de santé n'ont pas été utilisés, pour la majorité des médecins généralistes interrogés.

Les médecins généralistes du département semblaient pourtant demandeurs d'informations sur la vaccination et de documentations pour leurs patients dans notre enquête, et nous pensions de cette manière répondre en partie à leurs attentes. Ces résultats peuvent s'expliquer par le mode de recrutement différent entre les 2 enquêtes. Des médecins volontaires ont répondu au questionnaire sur la vaccination, alors que l'enquête téléphonique a été imposée à un échantillon de médecins.

Quoiqu'il en soit, le support ne paraît pas adapté à leur pratique et à leurs besoins. L'information de l'édito n'est sans doute pas assez succincte et ciblée. Le texte reste long et il peut paraître fastidieux à lire ce qui peut en limiter l'intérêt. Le format et le contenu sont à réévaluer pour une prochaine campagne, et la voie postale n'est peut-être pas toujours adaptée.

Impact de la communication auprès des pharmaciens (Figure32)

44,5% des pharmaciens ont jugé utile les documents d'information sur la vaccination.



Les remarques des pharmaciens reposaient principalement sur 2 points :

- Les documents n'ont pas été vus ou lus ;
- Cela a permis une ouverture au dialogue avec leurs clients.

Les pharmaciens semblent juger ces documents plus souvent intéressants que les médecins. Pour eux, les brochures d'information destinées aux patients ont pu être plus facilement utilisées dans leur pratique et favoriser la communication directe avec leurs clients.

Même si la majorité des pharmaciens interrogés semblent insatisfaits, cela reste encourageant et montre le rôle des pharmaciens dans le relais de l'information auprès de la population.

Pistes pour améliorer l'impact auprès des professionnels de santé

La documentation seule, non accompagnée de message oral, n'est pas suffisante. Nous n'avons pas assez informé en amont de la semaine de la vaccination les professionnels de santé qui ne peuvent pas adhérer à une campagne de promotion si elle ne leur est pas clairement expliquée ou si elle leur semble imposée. Dans notre enquête, nous avons vu que le Centre de Vaccinations Polyvalentes était peu connu des médecins, or il est nécessaire qu'ils connaissent ses objectifs et ses missions dans le département pour participer à ses actions. La communication sur le centre auprès des professionnels de santé doit être accentuée.

D'autre part, les supports d'information sur la vaccination sont à réévaluer, et il paraît plus pertinent de faciliter l'accès à la documentation en informant de sa disponibilité au centre, plutôt que de l'envoyer systématiquement à des médecins qui peuvent ne pas en percevoir l'utilité.

Impact sur la prescription des vaccins

L'impact sur la prescription des vaccins est difficile à évaluer et nécessiterait une enquête auprès des médecins ou de la CPAM, qui pourrait être envisagée après plusieurs actions de sensibilisation.

Propositions pour la semaine de la vaccination 2009

- Il est nécessaire de réaliser des actions d'information et/ou de vaccination au niveau d'un lieu stratégique pour l'équipe mobile.
- Il n'y a pas lieu d'augmenter les créneaux habituels de présence au centre durant la semaine de vaccination.
- Il faut améliorer la communication sur Nantes et dans les communes du département : panneaux lumineux, affichage dans le tram et dans les gares, messages dans les journaux gratuits type 20 minutes, métro et journaux de quartier.
- Il est nécessaire d'anticiper et de développer les rencontres avec les communes où passe le bus, pour améliorer le travail d'équipe et la communication autour de la semaine de la vaccination.
- Les actions d'information, comme l'exposition Planète Vaccination (CHU, Boutiques CPAM...), doivent être mieux accompagnées pour être plus efficaces et sensibiliser le public.
- La mobilisation et l'implication des professionnels de santé semblent essentielles pour la réussite d'un tel programme. La promotion des recommandations de bonnes pratiques est nécessaire (d'autant qu'elles sont réajustées chaque année) mais insuffisante. Le contact direct avec tous les généralistes, une information régulière par la presse et à travers des documents-supports adaptés et simples sont des démarches essentielles pour la réussite du processus. Il est important d'informer les praticiens en amont et de les associer le plus souvent possible à la mise en place d'une campagne de vaccination.

Ainsi, le bilan de cette 1^{ère} semaine de la vaccination reste plutôt positif. Le public semble satisfait et même si les professionnels de santé ont été peu touchés par cette action, c'est en la réitérant de façon plus adaptée que le grand public et les professionnels de santé seront progressivement sensibilisés.

CONCLUSION

La France possède une solide tradition en matière de vaccination et elle applique un calendrier vaccinal exigeant pour protéger au mieux sa population. Mais, l'émergence de réticences, favorisée par un manque d'information autour de la vaccination et par la polémique autour du vaccin contre l'hépatite B, limite la progression de la couverture vaccinale des Français. En revanche, la conviction des médecins sur le bien-fondé de la vaccination et le suivi des recommandations vaccinales sont des conditions nécessaires à son évolution.

Le Centre de Vaccinations Polyvalentes de Nantes a été créé pour améliorer et promouvoir ce geste de prévention individuel et collectif auprès du grand public et des professionnels de santé de Loire-Atlantique.

Dans le cadre de cette mission de sensibilisation au cours de l'année 2008, l'enquête d'opinion sur la vaccination réalisée auprès des médecins généralistes du département a permis de montrer qu'ils avaient en grande majorité une opinion positive de la vaccination, en percevant l'utilité collective et individuelle, et qu'ils n'exprimaient quasiment pas de réticences face aux vaccins. La polémique autour du vaccin contre l'hépatite B semble avoir laissé peu de traces chez les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Seul le BCG par voie intradermique pose réellement des difficultés, en raison de ses effets secondaires plus fréquents et de sa technique.

Il n'en est pas de même au niveau du grand public. Une fragilisation des certitudes vis-à-vis de la vaccination se ressent avec des réserves générales mais essentiellement sur le vaccin contre l'hépatite B, ce qui limite les médecins généralistes dans leur pratique vaccinale.

Le suivi des recommandations vaccinales par les médecins généralistes de Loire-Atlantique est en général excellent chez les enfants de moins de 2 ans, en dehors du BCG et du vaccin contre l'hépatite B encore trop faiblement réalisé. Les vaccinations semblent bien pratiquées pour les enfants et les adolescents, avec notamment un rattrapage fréquent pour le vaccin contre l'hépatite B, mais le 2^{ème} rappel contre la coqueluche est souvent réalisé de façon trop précoce, à 5-6 ans avec le rappel DTP, en dehors des recommandations vaccinales. Pour les adultes, la recommandation récente d'un rappel contre la coqueluche paraît avoir été mise en œuvre rapidement par les médecins du département. Par contre, le rappel dTP n'est pas suffisamment effectué, notamment chez les personnes âgées pourtant bien protégées contre la grippe.

Pour les nouveautés vaccinales, le contraste est manifeste entre le suivi des recommandations pour la vaccination contre l'HPV qui a bénéficié d'une communication importante et celle contre la varicelle moins bien relayée et plus complexe. Ce constat révèle l'importance d'accompagner toute nouveauté ou modification vaccinale d'une information claire pour qu'elle soit rapidement appliquée.

Si les médecins généralistes de Loire-Atlantique consultent peu le calendrier vaccinal, ils semblent en majorité souhaiter des informations sur la vaccination et les nouveautés vaccinales, par courrier ou par mail, et par FMC, en particulier par des journées de formation. Nombreux sont ceux également intéressés par de la documentation sur la vaccination destinée à leurs patients. Enfin, ils sont demandeurs d'un centre de référence sur la vaccination, où ils pourraient obtenir des avis sur la vaccination mais aussi adresser les enfants pour le BCG.

Le CVP peut répondre à l'ensemble de ces attentes, mais pour travailler en coopération avec les médecins généralistes du département et les aider dans leurs pratiques, il paraît tout d'abord indispensable que le centre accentue ses efforts pour se faire connaître auprès d'eux. L'adhésion et la participation des professionnels de santé à ses actions de promotion de la vaccination en dépendent. Par ailleurs, la création d'antennes du centre semble nécessaire pour toucher l'ensemble de la population et des professionnels de santé du département, d'autant qu'elles sont souhaitées par les médecins généralistes.

Enfin, la participation à la semaine européenne de la vaccination en Loire-Atlantique a permis d'instaurer une action annuelle d'envergure autour de la vaccination dans le département. Même si l'impact n'a pas été complètement satisfaisant auprès des professionnels de santé, le public a semblé y adhérer, désirant qu'elle soit renouvelée. C'est effectivement en se pérennisant qu'elle redonnera tout son intérêt à la vaccination et que le public se l'appropriera. Les effets d'une telle campagne ne se ressentiront vraiment qu'au fil des années, avec une sensibilisation progressive de la population et des professionnels de santé.

Cette action sera reconduite en 2009 en Loire-Atlantique en s'appuyant sur l'analyse de cette 1^{ère} expérience pour l'améliorer.

La semaine européenne de la vaccination permet d'inscrire chaque année le geste vaccinal dans l'actualité et de lutter ainsi contre les idées reçues. Mais elle ne peut se suffire à elle-même et doit s'accompagner tout au long de l'année d'actions programmées de mobilisation pour que la couverture vaccinale progresse.

BIBLIOGRAPHIE

ⁱ République Française. Articles 2, 4 et 11 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO n° 185 du 11 août 2004: 14277.

ⁱⁱ République Française. Article 71 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. JO n°190 du 17 août 2004: 14545.

ⁱⁱⁱ Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2008. Bull Epidemiol Hebd 2008:16-17.

^{iv} Floret D et al. Les décès par infection bactérienne communautaire. Enquête dans les services de réanimation pédiatrique française. Arch Pediatr 2001;8(suppl4):705-11.

^v Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2004. Bull Epidemiol Hebd 2004;28-29.

^{vi} Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2006. Bull Epidemiol Hebd 2006;29-30.

^{vii} Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 1998. Bull Epidemiol Hebd 1998;15.

-
- ^{viii} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du HCSP du 1^{er} février 2008 relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière de l'enfant et de la femme enceinte.
- ^{ix} Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2000. Bull Epidemiol Hebd 2000;27.
- ^x Antoine D, Che D. Les cas déclarés de tuberculose en 2005. Bull Epidemiol Hebd 2007;11:85-9.
- ^{xi} Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Circulaire DGS/RI1 no 2007-318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents. Bulletin Officiel 2007;7.
- ^{xii} Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2007.
- ^{xiii} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du CSHPF du 9 mars 2007 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents.
- ^{xiv} Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2007. Bull Epidemiol Hebd 2007;31-32.
- ^{xv} Ministère de la santé et de la protection sociale. Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques. JO n°174 du 29 juillet 2004.
- ^{xvi} Exbrayat C. Col de l'utérus. In: Remontet L, Buemi A, Velten M et al. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancers en France de 1978 et 2000. Saint-Maurice: INVS; 2003. p. 107-12.
- ^{xvii} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du CSHPF (section maladie transmissible) du 9 mars 2007 relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18.
- ^{xviii} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du HCSP du 14 décembre 2007 relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent.

^{xix} Antona D et al. Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;51-52:425-8.

^{xx} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France relatif à la vaccination contre l'hépatite virale B du 8 mars 2002. *Bulletin Officiel* 2002;13.

^{xxi} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du HCSP du 14 décembre 2007 relatif à la vaccination contre l'hépatite B.

^{xxii} Mikaeloff Y et al. Hepatitis B and the risk of childhood onset multiple sclerosis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1176-82.

^{xxiii} Mikaeloff Y et al. Hepatitis B vaccine and the risk of relapse after a first childhood episode of CNS inflammatory demyelination. *Brain* 2007;130:1105-10.

^{xxiv} Antona D. Le tétanos en France en 2002 et 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;7:53-5.

^{xxv} République Française. Articles L. 3111-2 et 3 du code de la santé publique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 article 11). *JO* du 11 août 2004: 14277.

^{xxvi} Institut de Veille Sanitaire. Calendrier vaccinal 2005. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;29-30.

^{xxvii} Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010.

^{xxviii} Organisation Mondiale de la Santé. Elimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale. Copenhague: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2005.

^{xxix} Rapport de l'INVS. Investigation of a measles outbreak among participants in a holiday camp and their families, Faye d'Anjou (49), juillet 2008. Mis en ligne le 30 septembre 2008.

^{xxx} Parent du Chatelet I, Bouraoui L, Grangeot-Keros L, Six C, Levy-Bruhl D. Bilan de 10 années de surveillance des infections rubéoleuses durant la grossesse à travers le réseau de laboratoires Renarub en France métropolitaine, 1997-2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2008;14-15:102-6.

^{xxx} Données épidémiologiques INVS 2006. Surveillance des infections rubéoleuses chez la femme enceinte et le nouveau-né en France. Réseau Renarub. Mis en ligne le 27 mars 2007.

^{xxx} Données épidémiologiques INVS 2005. Surveillance des infections invasives à *H. influenzae*, *L. monocytogenes*, *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *S. agalactiae* et *S. pyogenes* en France métropolitaine. Réseau EPIBAC, résultats 2005.

^{xxx} Lepoutre A, Georges S et al. Evolution de l'incidence des infections invasives à pneumocoque, France, 2005. Bull Epidemiol Hebd 2007;5:37-9.

^{xxx} Bonmarin I et al. Epidémiologie de la varicelle en France. Bull Epidemiol Hebd 2005;8:30-1.

^{xxx} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du HCSP du 5 juillet 2007 relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle.

^{xxx} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du CSHPF du 22 septembre et du 5 décembre 2006 relatif au vaccin contre le zona.

^{xxx} Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis du CSHPF du 22 septembre et du 5 décembre 2006 relatif à la vaccination anti-rotavirus chez le nourrisson de moins de 6 mois.

^{xxx} Direction Générale de la Santé, Comité Technique des Vaccinations. Guide des vaccinations. Ed 2008. Saint-Denis: INPES; 2008.

^{xxx} Antona D, Bussière E, Guignon N, Badeyan G, Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale des enfants d'âge pré-scolaire, en France en 2000. Eurosurveillance juin 2003;8:139-44.

^{xl} Antona D, Bussière E, Guignon N, Badeyan G, Lévy-Bruhl D. La couverture vaccinale en France en 2001. Bull Epidemiol Hebd 2003;36:169-72.

^{xli} Gaudelus J, Ovetchkine P, Cheymol J. Suivi des recommandations vaccinales des nourrissons de 0 à 24 mois : à propos d'une enquête en médecine libérale. Arch pediatr 2003;10:781-6.

^{xlii} Gaudelus J, Cohen R, Hovart J. Couverture vaccinale du vaccin pneumococcique heptavalent conjugué en 2007, comparaison avec les années précédentes et les autres vaccins pédiatriques : analyse des carnets de santé. *Med Enfance* 2007;27:307-10.

^{xliii} Antona D, Fonteneau L, Lévy Bruhl D et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire : 2001-2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;6:45-9.

^{xliv} Fonteneau L, Urcun JM, Kerneur C et al. Couverture vaccinale des enfants âgés de 11 ans scolarisés en CM2, France, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd* 2008;51-52:493-7.

^{xlv} De la Rocque F, Grimpel E, Gaudelus J. Enquête sur le statut vaccinal de parents de nouveaux-nés. Étude ACTIV-GPIP 2005-2006; 10^{ème} Journée de Pathologie Infectieuse Pédiatrique Ambulatoire.

^{xlvi} Beytout J, Denis F, Allaert FA. Description du statut vaccinal de la population française. *Med Mal Infect* 2002;32:678-88.

^{xlvii} Denis F, Aufrère A, Abitbol V. La vaccination contre l'hépatite B en France : enquête sur la couverture vaccinale en 2002. *Bull Acad Natle Med* 2004;188:115-23.

^{xlviii} Guthmann JP, Fonteneau L, Antona D, Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : résultats de l'enquête santé et protection sociale, 2002. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;51-52:441-5.

^{xlix} Gergely A et al. La Couverture vaccinale contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie en 2006 dans une population âgée francilienne. *Bull Epidemiol Hebd* 2008;9:61-4.

¹ Jestin C. Obligatoires ou recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ? *Solidarité Santé - Etudes statistiques* 1990;3-4:19-33.

^{li} Bilan vaccination anti-grippale hiver 2004-2005. Enquête Sofres ; conf de presse sept 2005.

^{lii} Baudier F, Léon C. Vaccination : un geste à conforter. In: Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Saint-Denis: INPES; 2006. p. 85-92.

-
- ^{liii} BVA/INPES : étude Canvac sur la perception de la vaccination auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes. 2004: p.54 (non publié).
- ^{liv} Nicolay N, Lévy-Bruhl D, Gautier A, Jestin C, Jauffret-Roustide M. Mandatory immunization : the point of view of the French general population and practitioners . *Vaccine* 2008;26:5484-93.
- ^{lv} Balinska MA, Leon C. Opinion et réticences face à la vaccination. *Rev Med Int* 2007;28:28-32.
- ^{lvi} Comité vaccins de l'entreprise des médicaments LEEM. Image et perception du vaccin : résultat d'une enquête européenne grand public et professionnels de santé 2004. LEEM; février 2005.
- ^{lvii} Lévy-Bruhl D. Succès et échecs de la vaccination anti-VHB en France : historique et question de recherche. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2006;54:1S89-1S94.
- ^{lviii} Guagliardo V, Barnier J, Rotily M. Vaccinations : opinions et pratiques. In: Guilbert P, Baudier F, Gautier A. *Baromètre santé 2000. Résultats*. Saint-Denis: INPES; 2001. p. 55-72.
- ^{lix} AFSSAPS, ANAES, INSERM. Audition publique : Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. Rapport d'orientation de la commission d'audition. Paris: Afssaps, Anaes, Inserm; 2004.
- ^{lx} INSERM. Les vaccinations : actualités et perspectives (Expertise collective). Paris: INSERM; 1999.
- ^{lxi} République Française. Arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer. JO n° 78 du 3 avril 2005.
- ^{lxii} Olivet C. Les non-respects du calendrier vaccinal chez les enfants de 0 à 5 ans : étude prospective réalisée en janvier 2007 auprès des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Th: Med: Poitiers: 2007.
- ^{lxiii} Dommergues MA, De La Rocque F, Dufour V. French survey about intradermal BCG ssi adverse events in children under 6 years of age. *Arch Pediatr* 2007;14:102-8.

^{lxiv} Baudier F, Balinska MA. La vaccination, un geste à consolider? In: Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis: INPES; 2003. p. 84-99.

^{lxv} Tison C. La vaccination contre la coqueluche chez l'adulte. Connaissance et application des recommandations par les médecins généralistes. Enquête auprès de 248 médecins généralistes. Th: Med: Paris: 2007.

^{lxvi} Bras PL, Ricordeau P, Roussile B, Saintoyant V. Information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport public. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS); 2007.

^{lxvii} Sadovnick AD, Scheifele DW. School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis. *Lancet* 2000;355:549-50.

^{lxviii} Touzé E, Gout O, Verdier-Taillefer MH, Lyon-Caen O, Alperovitch A. Premier épisode de démyélinisation du système nerveux central et vaccination contre l'hépatite B. *Rev Neurol* 2000;156:242-6.

^{lxix} Fourrier A, Bégaud B, Alperovitch A, Verdier-Taillefer MH, Touzé E, Decker N. Hepatitis B vaccine and first episodes of central nervous system demyelinating disorders : a comparison between reported and expected number of cases. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:489-91.

^{lxx} Zipp F, Einhäupl J. No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. *Nature Med* 1999;9:964-5.

^{lxxi} Touzé E, Fourrier A. Hepatitis B vaccination and first central nervous system demyelinating event : a case-control study. *Neuroepidemiology* 2002;21:180-6.

^{lxxii} Ascherio A, Zhang SM, Hernan MA. Hepatitis B vaccination and the risk of multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2001;344:327-32.

^{lxxiii} Confavreux C, Suissa S, Saddier P. Vaccination and the risk of relapse in multiple sclerosis study group. *N Engl J Med* 2001;344:319-26.

^{lxxiv} DeStefano F and al. Vaccinations risk of central nervous system demyelinating diseases in adults. *Arch Neurol* 2003;60:504-9.

-
- ^{lxxv} Hernan MA and al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. A prospective study. *Neurology* 2004;63:838-42.
- ^{lxxvi} BVA/INPES: étude sur la vaccination des enfants auprès des médecins généralistes et des pédiatres. 2004: p. 31.
- ^{lxxvii} République Française. Article 37 de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. JO du 23 juillet 1983.
- ^{lxxviii} Allemand H, Baudier F, Lancry PJ. Menaces sur la vaccination ? *Rev Epidemiol Santé Publique* 2002;50:505-8.
- ^{lxxix} Feuillebois N. Création et développement d'un Centre de Vaccinations Polyvalentes en Loire-Atlantique. Th: Med: Nantes: 2008.
- ^{lxxx} Meline S. Les vaccinations en médecine générale : à propos d'une enquête réalisée en Franche-Comté. Th: Med: Besançon: 2004.
- ^{lxxxi} Pillot-Debelleix M. Application du calendrier vaccinal 2005 dans le Bas-Rhin. Th: Med: Strasbourg: 2007.
- ^{lxxxii} Données DREES 2007. Démographie médicale de Loire-Atlantique en 2007. DRASS Pays de la Loire.
- ^{lxxxiii} Centre d'expertise collective INSERM. Tuberculose, place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie. Paris: Inserm; 2004.
- ^{lxxxiv} Baudier F, Tarrapey F, Leloube G. Une campagne pilote de promotion de la vaccination : description et premiers résultats d'un programme régional. *Med Mal Infect* 2007;37:331-6.
- ^{lxxxv} République française. Arrêté du 17 mars 2008 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. JO n°0072 du 26 mars 2008.
- ^{lxxxvi} Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en 2006. *Bull Epidemiol Hebd* 2008;10-11:69-72.

^{lxxxvii} Rioja S, Jund J, Gaillat J. La vaccination anticoquelucheuse de l'adulte et des professionnels de santé est-elle connue et appliquée ? *Med Mal Infect* 2008;38:372-7.

^{lxxxviii} Georges S, Perrocheau A, Laurent E, Lévy-Bruhl D et al. Infections invasives à *H.influenzae*, *L. monocytogenes*, *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *S. agalactiae* et *S. pyogenes* en France en 2001-2002. *Bull Epidemiol Hebd* 2004;34:165-8.

^{lxxxix} Commission nationale de pharmacovigilance de l'AFSSAPS. Vaccination contre le virus de l'hépatite B : résumé des débats de la Commission nationale de pharmacovigilance du 30 septembre 2008. Paris: AFSSAPS; 2008.

^{xc} De La Rocque F, Cohen R, Vie Le Sage F et al. French paediatrician and general practitioner's survey about actual and future BCG use. *Arch Pediatr* 2005;12:1665-9.

^{xc i} Blanc P. Rapport sur la politique vaccinale de la France n° 237/476 enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 27 septembre 2007 et à la Présidence du Sénat le 28 septembre 2007. Paris: OPEPS; 2007.

^{xc ii} Corrigan A. European immunization week 2005 : regional evaluation of the pilote initiative. Copenhagen: OMS Europe; 2006.

^{xc iii} Organisation Mondiale de la Santé. European Immunization Week. Guidelines for national planning, 2007. Copenhagen: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe; 2007.

^{xc iv} INPES. Semaine de la vaccination 2008, 21 au 27 avril 2008. Dossier de presse INPES.

NOM : CHEVALLIER

PRÉNOM : JULIE

TITRE DE LA THÈSE : PROMOTION DE LA VACCINATION EN LOIRE-ATLANTIQUE : ENQUÊTE D'OPINION AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MISE EN PLACE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION

RÉSUMÉ

La vaccination est l'un des meilleurs outils de prévention en santé publique, mais l'émergence de réticences ces dernières années limite la progression de la couverture vaccinale, encore insuffisante. Le Centre de Vaccinations Polyvalentes du CHU de Nantes a été créé pour améliorer cette couverture vaccinale, notamment en participant à la promotion de la vaccination dans le département.

Dans ce contexte, une enquête d'opinion sur la vaccination a été réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique. L'objectif était d'appréhender leur perception, leurs pratiques vaccinales et leurs besoins en formation afin de cibler les difficultés rencontrées en matière de vaccination.

Cette étude a permis de souligner les actions à envisager pour favoriser la vaccination et sensibiliser au mieux les médecins généralistes du département. Le centre est en mesure de répondre à leurs attentes, notamment en permettant la diffusion d'informations claires et pertinentes sur la vaccination. Mais pour travailler en coopération avec l'ensemble de ces médecins, il est tout d'abord nécessaire de mieux se faire connaître auprès d'eux et de développer des actions de promotion et de vaccination sur l'ensemble du département avec la création d'antennes du centre.

Une campagne de sensibilisation du public et des professionnels de santé a par ailleurs été organisée lors de la 1^{ère} semaine européenne de la vaccination en Loire-Atlantique du 21 au 27 avril 2008. Cette action annuelle de grande envergure est à pérenniser afin de redonner progressivement tout son intérêt à la vaccination.

MOTS-CLÉS

Vaccination, calendrier vaccinal, médecins généralistes, sensibilisation, campagne de promotion, Centre de Vaccinations Polyvalentes.