2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE.

Que pensent les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée de la vaccination coqueluche chez la femme enceinte ?

Etude qualitative

HUBARD Chloé

Née le 7 janvier 1997 à Vitry sur Seine (94)

RONDEAU Pauline

Née le 27 novembre 1996 à Cholet (49)

Sous la direction du Dre d'ORGEVAL Tiphaine
et du Dre OUATTARA Bintou

Membres du jury

Pre Catherine de CASABIANCA	Présidente
Dre Tiphaine d'ORGEVAL	Directrice
Dre Bintou OUATTARA	Codirectrice
Dre Clara METOIS	Membre

Soutenue publiquement le :
05 juillet 2024

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Chloé HUBARD
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **05/05/2024**

Je, soussignée Pauline RONDEAU
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **05/05/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Mme la Professeure Catherine de Casabianca qui nous fait l'honneur de présider ce jury. Vous avez été témoins de nos premières réflexions et avez suivi notre cheminement tout au long de ce travail. Merci pour la richesse de vos enseignements au cours de l'internat.

A Tiphaine d'Orgeval qui a été enthousiaste dès le début pour diriger cette thèse. Un énorme merci pour cette première expérience à nos côtés et pour tes suggestions toujours adaptées.

A Bintou Ouattara qui a très gentiment accepté de co-diriger cette thèse angevino-nantaise ! Un énorme merci pour tes conseils avisés concernant l'analyse qualitative et tes nombreuses heures de relecture.

Au Dre Clara METOIS qui a accepté de faire partie de notre jury de thèse, merci de nous faire cet honneur.

Aux treize médecins généralistes que nous avons interrogés, merci d'avoir pris le temps de nous recevoir et d'avoir partagé avec enthousiasme vos réflexions avec nous. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous !

A tous les médecins croisés lors de notre externat angevin, merci pour vos enseignements.
A tous les médecins rencontrés au cours de notre internat (nantais ou angevin), merci pour le partage de vos connaissances, vos opinions et votre vision de la médecine générale. Vous nous avez fait grandir et avez permis de développer nos compétences en cette belle discipline au contact de l'Humain.

REMERCIEMENTS DE CHLOE

A mes parents, merci de m'avoir toujours suivie dans mes projets sur le plan personnel, scolaire ou professionnel. Merci de m'avoir soutenue dans les heures de révisions et d'avoir fait en sorte que cela soit plus facile.

A mes grands-parents, merci d'avoir cru en moi, merci de m'avoir soutenue et encouragée dans cette voie et merci de m'avoir offert des parenthèses de bonheur.

A Thibaut, toi que j'ai rencontré lors d'une colonie de vacances, qui aurait cru que bientôt 13 ans plus tard, nous serions encore ensemble. Merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années, de me soutenir, de m'écouter (même si parfois, je parle trop du travail…) et de rester présent peu importe mes humeurs. J'espère que nous continuerons notre chemin dans la même direction pour de longues années encore.

A Pauline, merci d'avoir cru en notre projet de thèse, merci pour cet accomplissement de thèse commune. Je crois que nous avons fait un duo équilibré. J'espère pouvoir rester dans ta vie pour un petit moment.

Aux légendes, Fanny, Alix et Charline, merci pour toutes ces années d'externat à vos côtés qui ont été plus supportables. Merci pour tous ces voyages passés ensemble, j'espère qu'il y aura encore des voyages et de beaux moments à partager !

A Laurine, merci d'être dans ma vie depuis 16 ans, d'avoir entretenu cette amitié si rare et précieuse, d'être restée malgré les coups durs. Merci d'être toi.

A Axelle et Clarisse, même si vous êtes entrées dans ma vie sur le tard, vous n'en êtes pas moins importantes à mes yeux, merci d'avoir suivi la fin de mon parcours et pour les voyages partagés.

Au reste de mes amis et ma famille, merci de vous être intéressés à mon parcours, ça y est, c'est fini, aujourd'hui, je soutiens ma thèse et je suis docteure.

A tous les patients que j'ai déjà rencontrés et aux futurs, merci de m'avoir accordé votre confiance, je tacherais de toujours être à l'écoute et de répondre au mieux à vos attentes.

REMERCIEMENTS DE PAULINE

A mes parents et mes grands-parents, merci d'avoir toujours cru en moi, d'avoir soutenu mes révisions acharnées au cours de ces longues années d'études.

A Émilien, toi qui partages ma vie depuis plus de 7 ans, merci pour ton soutien sans faille et pour tes petites attentions encourageantes dans les moments plus difficiles… Ces études sont enfin terminées, à nous de construire notre vie de famille tant rêvée et de trouver l'équilibre pour notre foyer. Je t'aime !

A mes frères, Thomas, Pierre et Théo, merci pour votre soutien et votre indulgence quand les discours se concentraient sur les « grandes études » de votre sœur… Je vous souhaite tout le bonheur du monde dans chacune de vos voies !

A Chloé, merci d'avoir accepté de partager cette thèse avec moi, merci pour le travail accompli, nous avons formé un duo équilibré (je crois.). Un bel aboutissement après ces longues années d'étude passées l'une à côté de l'autre. Ce n'est que le début d'une longue amitié, je l'espère !

Au reste des Légendes : Fanny, Charline et Alix, merci pour les années d'externat à vos côtés, pour nos nombreux voyages et ceux à venir (si nos emplois du temps parviennent à se coordonner).

A tous mes amis et le reste de ma famille qui ont toujours tenté de suivre le rythme des stages et des années d'étude : c'est enfin terminé, je suis désormais médecin généraliste !

A tous les patients que j'ai déjà pris en soin et à ceux que je serai amenée à rencontrer, puisse mon rôle de médecin généraliste accompagner les étapes de vos vies dans la simplicité. Je tenterai de rester à l'écoute de vos requêtes avec empathie et envie.

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
SA	Semaine d'aménorrhée
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
DU	Diplôme universitaire
dTPca	Vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche
dTP	Vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite
HAS	Haute Autorité de Santé
SISA	Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
DMP	Dossier médical partagé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
RSP	Réseaux de santé périnataux
CVE	Carnet de vaccination électronique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
DPC	Développement personnel continu

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODE

1. Échantillonnage et recrutement

2. Recueil des données

3. Analyse

4. Ethique

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

2. La vaccination par le médecin généraliste

2.1. Le souci d'actualiser leur pratique
2.2. Connaissance de la nouvelle recommandation
2.3. La confiance envers les vaccins
2.4. La compréhension du mécanisme
2.5. Les questionnements du médecin généraliste
2.5.1. La femme enceinte, une population particulière.
2.5.2. Mise en doute de l'intérêt
2.5.3. Inquiétude de la répétition vaccinale
2.6. Besoin d'information

3. Et les patientes dans tout ça ?

3.1. Une acceptation vaccinale variable
3.1.1. Selon le vaccin
3.1.2. Selon les patients
3.1.3. Selon les générations
3.1.4. Selon les époques
3.1.5. Selon le médecin
3.2. Comment le médecin généraliste aborde-t-il la vaccination coqueluche avec les patientes enceintes ?
3.3. Les arguments favorisant l'adhésion des femmes enceintes
3.3.1. Protéger le nourrisson
3.3.2. Explications du mécanisme
3.3.3. Informations sur les données scientifiques
3.3.4. Un discours uniforme
3.3.5. La connaissance de sa patientèle : un atout pour la vaccination
3.4. Une forte acceptation vaccinale

4. La traçabilité

4.1. Écrire dans le carnet de santé
4.2. Une traçabilité variable selon les professionnels ?
4.3. Informer les patientes
4.4. Partager le même logiciel
4.5. Le Dossier Médical Partagé (DMP)
4.6. Écrire sur le carnet de santé de l'enfant ?

4.7. Communiquer avec les sage-femmes ?
4.8. Le médecin généraliste : un coordinateur des soins

5. Perspectives

5.1. Réflexions autour du schéma vaccinal
5.1.1. L'évolution du schéma vaccinal au cours du temps
5.1.2. Adaptation par rapport au schéma vaccinal actuel
5.1.3. Une recommandation particulière pour les professionnels ?
5.2. La stratégie cocooning obsolète ?
5.3. Vers un vaccin monovalent ?
5.3.1. L'utilité d'un vaccin monovalent
5.3.2. Développement d'un vaccin monovalent
5.4. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste
5.4.1. La place du médecin généraliste par rapport aux sage-femmes
5.4.2. Le médecin généraliste : un interlocuteur de choix
5.4.3. Nécessité d'un temps dédié valorisé pour le suivi de grossesse

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Acceptabilité et freins des médecins
2.2. Acceptabilité et freins des patientes selon les médecins
2.3. Quelle place pour le médecin généraliste dans les suivis gynéco-obstétriques ?
2.4. Comment mieux collaborer avec les autres professionnels de santé ?
2.5. Comment assurer la traçabilité des injections vaccinales ?
2.6. Comment informer les médecins généralistes des nouvelles recommandations ?

3. Perspectives

3.1. Comment informer les femmes enceintes pour qu'elles soient actrices de leur suivi ?
3.2. Vers un vaccin monovalent ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

QUE PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE - ATLANTIQUE ET DE VENDEE DE LA VACCINATION COQUELUCHE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ?

Chloé HUBARD

Réalisation de 6 entretiens.

Analyse de chaque entretien. Relecture des analyses de Pauline RONDEAU.

Rédaction de la thèse en collaboration avec Pauline RONDEAU.

Pauline RONDEAU

Réalisation de 7 entretiens.

Analyse de chaque entretien. Relecture des analyses de Chloé HUBARD.

Rédaction de la thèse en collaboration avec Chloé HUBARD

INTRODUCTION

La coqueluche est une maladie bactérienne du système respiratoire causée par *Bordetella Pertussis*. Le réservoir de cette bactérie est strictement humain avec une transmission aérienne, notamment par la toux (1). On estime qu'une personne atteinte de la coqueluche contamine 15 à 17 personnes (2). La contamination est possible pendant la phase catarrhale (rhinorrhée isolée, dure environ 2 semaines) et les deux premières semaines de toux (3). Les personnes atteintes peuvent être contagieuses jusqu'à trois semaines après le début de la toux. La période d'incubation s'étend de 1 à 3 semaine(s) (4).

D'après les estimations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2014, la coqueluche était responsable de 160 700 décès chez les enfants de moins de 5 ans dans le monde. Les épidémies se produisent de façon cyclique tous les 3 à 4 ans. L'OMS a ainsi identifié la coqueluche comme étant une des maladies les moins bien contrôlées dans tous les groupes d'âge (4).

En 2018, en Europe, 1933 cas de coqueluche ont été signalés chez les nourrissons de moins d'un an. Parmi eux, 41 % étaient hospitalisés, 66 % étaient âgés de 3 mois ou moins, et 3 étaient décédés (5). En France, entre 2013 et 2021, le réseau RENACOQ1 a rapporté 993 cas de coqueluche hospitalisés chez les moins de 12 mois, dont 604 chez les moins de 3 mois (6). La coqueluche peut entraîner des conséquences dramatiques chez les nouveau-nés de moins de 6 mois. Plus de 90 % des décès par coqueluche surviennent chez les enfants de moins de 6 mois. En France, elle reste la première cause de décès par infection entre 10 jours et 2 mois de vie (2).

L'enjeu est de protéger les nouveau-nés. Selon le schéma vaccinal français, le nouveau-né ne sera pleinement protégé qu'à l'âge de 11 mois. Afin de protéger le nourrisson, il est adopté en France en 2004 la stratégie du cocooning qui consiste à vacciner l'entourage du nourrisson (7), dont la couverture vaccinale reste faible en France selon plusieurs études (8–10). En 2013,

les vaccinations contre la coqueluche étaient à jour chez un couple de parents sur quatre (11). Selon une étude australienne réalisée de 2009 à 2011, la vaccination des deux parents réduirait le risque de coqueluche chez les enfants de moins de 4 mois de 51 % (12). Selon une étude américaine réalisée de 2008 à 2010, le rapport coût-efficacité n'est pas en faveur du cocooning (13). Ainsi, cette stratégie ne serait pas optimale.

D'autres stratégies ont été envisagées. Il existe peu de données sur l'innocuité de la vaccination du nourrisson dès sa naissance et il semblerait que cette technique diminue les réponses vaccinales futures (4). L'efficacité n'est pas assurée, car les anticorps maternels transférés par voie placentaire présents pendant les 6 premières semaines de vie peuvent inhiber la réponse immunitaire induite par la vaccination (14).

La vaccination de la femme pendant sa grossesse est adoptée depuis 2013 en Suisse, depuis 2012 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. L'OMS recommande également cette stratégie depuis 2015 (4). Son principe repose sur le passage placentaire des anticorps anticoquelucheux qui protègent ainsi le nourrisson jusqu'à sa vaccination (15). La vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse permet d'obtenir des taux d'anticorps chez la maman et chez le nouveau-né significativement plus élevés que chez les mères non vaccinées pendant la grossesse (16–19).

En France, depuis avril 2022, il est recommandé de vacciner les femmes enceintes à chaque grossesse à partir du deuxième trimestre en privilégiant la période entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée (SA). Si la femme n'a pas été vaccinée pendant la grossesse, la stratégie du cocooning reste en vigueur, mais elle n'est plus nécessaire si celle-ci a été vaccinée (20).

Pour garantir une bonne adhésion des femmes enceintes à cette vaccination, il est nécessaire que les professionnels de santé soient informés et convaincus de son intérêt (9). Les professionnels de santé travaillant en maternité en France semblent très favorables (21), il n'existe pas de données pour les médecins généralistes installés.

La vaccination des professionnels de santé reste assez aléatoire. En 2009, la couverture vaccinale coqueluche des professionnels de santé était de 43 % chez les sage-femmes, 25 % chez les médecins, 12 % chez les aides-soignants et 8 % chez les infirmiers (22).

Pour les chercheurs, le médecin généraliste est un pilier de la prévention auprès des patientes. Tout changement de recommandation pourrait faire naître des réflexions et interrogations chez les praticiens. La vaccination répétée à chaque grossesse pourrait éventuellement être un frein à appliquer les recommandations. Les risques d'effets indésirables pour les patientes pourraient aussi être soulevés.

C'est pourquoi les chercheurs ont voulu savoir ce que pensaient les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée de la vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse ?

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes installés en Loire-Atlantique (44) et en Vendée (85), dont le manuscrit a été élaboré selon les COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (disponible en *Annexe 1*).

1. Échantillonnage et recrutement

En Vendée, le recrutement s'est fait par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre de Vendée qui a transmis une invitation par courriel aux médecins généralistes.

En Loire-Atlantique, les médecins généralistes ont reçu des invitations aléatoires par courriel ou par courrier. Le recrutement s'est accompli entre les mois de juillet et octobre 2023.

Un recrutement par effet boule-de-neige a également eu lieu après les premiers entretiens.

Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à saturation des données.

La taille de l'échantillon n'était pas fixée a priori.

Les chercheurs ont visé une variation maximale des différents profils de médecins généralistes selon leur âge, leur sexe, leur milieu d'exercice et leur éventuelle formation en gynécologie afin d'avoir des profils différents et une plus grande variabilité d'opinion.

2. Recueil des données

Treize entretiens ont été menés du 3 octobre 2023 au 18 janvier 2024 par deux chercheurs. Lors de chaque entretien, un consentement écrit a été recueilli pour l'enregistrement audio et son utilisation à des fins de recherche. Les participants étaient informés de la liberté de participer et de stopper l'entretien à tout moment. Le document de consentement est disponible en *Annexe 2*.

Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés, à des moments et des lieux définis en accord avec les médecins interrogés. Une prise de note manuelle était

effectuée lors des entretiens, relevant les éléments non-verbaux pertinents et aidant à mener un entretien optimisé selon les réponses de l'interlocuteur.

Les entretiens suivaient un guide d'entretien reproductible et évolutif, construit après une analyse de la littérature (20,21,23–26) et à partir de présupposés sous-jacents à la thématique. La première et la dernière version de ce guide sont disponibles en *Annexe 3*.

Les enregistrements étaient réalisés à l'aide de téléphones portables, anonymisés et désidentifiés, stockés sur clé USB le temps de l'étude, puis détruits.

La retranscription était faite dans les suites directes de l'entretien, mot à mot, incluant le non-verbal, et de manière anonymisée. Le logiciel Word® a été utilisé. La retranscription était mise à disposition de l'interrogé.

Tout au long de ce travail de recherche, les chercheurs ont tenu un journal de bord retraçant leurs réflexions, leurs sentiments quant aux entretiens réalisés, la synthèse des cours auxquels elles avaient participé ainsi que les comptes-rendus de leurs réunions, et les démarches administratives effectuées.

3. Analyse

L'analyse manuelle s'est faite dans une approche inspirée de la théorisation ancrée, via le logiciel Excel®. Les différents thèmes ont été déterminés à partir des données recueillies. Une relecture de chaque analyse était réalisée par l'autre chercheur. En cas de désaccord une triangulation par les directrices de thèse était réalisée.

4. Ethique

Le comité d'éthique ou comité de protection des personnes n'ont pas été sollicités pour cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles, cette recherche n'impliquant pas la personne humaine. Un enregistrement a été réalisé auprès de la CNIL pour assurer la protection des données, disponible en *Annexe 4*.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population d'étude

Treize médecins ont été interrogés jusqu'à saturation des données, le treizième entretien n'apportant pas de donnée nouvelle. Les caractéristiques des participants ont été recueillies via un questionnaire sociodémographique, elles sont retracées dans le tableau I.

La durée moyenne des entretiens était de 26,5 minutes.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS										
	Durée	**Sexe**	**Âge**	**Milieu d'exercice**	**Condition d'exercice**	**Date d'installation**	**Formation en gynécologie**	**Formation vaccination (depuis 2020)**	**Situation maritale**	**Nombre d'enfant**
P1P	26'45	♂	32	Semi-urbain	Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) multi-sites	2020	Non	Non	Union libre	0
P2P	23'39	♀	60	Semi-urbain	MSP multi-sites	1996	Oui (Diplôme universitaire (DU) gynécologie)	Oui	Union libre	2
P1C	22'03	♂	38	Urbain	Cabinet de groupe	2018	Non	Non	Pacsé	2
P2C	27'27	♀	36	Rural	MSP	2017	Oui (DU gynécologie)	Oui	Mariée	3
P3C	19'47	♀	31	Semi-urbain	Cabinet de groupe	2021	Non	Non	Mariée	0
P3P	30'22	♂	51	Semi-rural	MSP multi-sites	2004	Non	Oui	Marié	2
P4C	22'41	♀	33	Semi-rural	Cabinet de groupe	2019	Oui (DU gynécologie)	Oui	Mariée	2
P4P	25'26	♀	41	Semi-rural	Cabinet de groupe	2015	Non	Auto-formation	Mariée	4
P5P	18'24	♂	45	Urbain	Cabinet de groupe	2012	Non	Non	Pacsé	2
P5C	39'58	♀	62	Rural	Seul	1995	Non	non	Mariée	2
P6C	44'16	♀	55	Urbain	Cabinet de groupe	2011	Oui (DU gynécologie)	Oui	Mariée	3
P6P	27'27	♂	64	Rural	MSP	1989	Non	Oui	Marié	3
P7P	19'07	♀	32	Rural	MSP	2021	Non	Oui	Célibataire	0

2. La vaccination par le médecin généraliste

2.1. Le souci d'actualiser leur pratique

Les médecins généralistes étaient soucieux de rester à jour des nouvelles recommandations pour leur pratique : *«il faut toujours essayer de se tenir au courant»* (P6P), en reconnaissant que ce n'était pas toujours aisé, notamment en libéral : *«faudrait prendre du temps pour faire ça, dédié mais en libéral, c'est pas possible fin voilà, c'est compliqué»* (P1C).

La mise à jour des recommandations ne semblait pas évidente : *«parce que c'est difficile de se tenir au fait»* (P2C), du fait d'un manque de temps : *«c'est pas toujours évident de consacrer du temps à ça»* (P2C), d'un afflux trop important d'information, ils se sentaient noyés : *«puis après on est on est aussi bombardés de de mails [...] et de de d'infos et de choses comme ça»* (P1C).

Ils accordaient du crédit aux recommandations : *«je fais confiance aux recommandations et et aux formations»* (P1P). Ils estimaient qu'il fallait suivre les recommandations : *«on est en adéquation ou pas mais je pense qu'il faut suivre les recommandations»* (P2C), *«les recommandations sont très bien faites pour moi»* (P1P). Un médecin ne comprenait pas qu'on ne puisse pas appliquer les recommandations : *«C'est comme les changements de [...] passer du frottis au HPV, y en a qui ont encore pas compris quand même. Donc ça pose un peu problème hein donc euh voilà. Alors c'est un peu dommage hein, je trouve.»* (P2C).

Il semblait important de garder un esprit de réflexivité : *«Mais il faut que nous on puisse avoir un discours assuré par rapport à ça, sinon on fait que appliquer euh ce qu'on nous dit bêtement»* (P1C). Ils souhaitaient exercer avec des données fiables et non empiriques : *«c'est pas notre boulot non plus de parler de façon empirique»* (P2P).

2.2. Connaissance de la nouvelle recommandation

Les médecins connaissaient la recommandation de vaccination contre la coqueluche chez la femme enceinte, via différentes sources :

- les formations : *«j'avais appris ça à l'occasion d'une formation qu'on vaccinait les femmes enceintes»* (P1P),

- l'actualisation du calendrier vaccinal : *«on a des infos quand le nouveau calendrier vaccinal sort. […] et donc y avait cet encart-là, sur la coqueluche»* (P3C),

- les patientes : *«C'est par le biais d'une patiente qui m'a dit que sa sage-femme […] lui a dit que ça serait bien qu'elle se fasse vacciner»* (P3P), *«Fin voilà, c'est elle qui m'a qui m'a dit c'que sa sage-femme lui avait dit»* (P5P),

- les revues médicales : *«j'avais dû lire ça dans* Prescrire *de mémoire»* (P4P),

- un délégué médical : *«c'était peut-être une info sur cette vaccination par un délégué médical, je saurais pas dire»* (P2P),

- des confrères : *«on en avait discuté entre nous euh parce que euh j'ai 2 collègues qui avaient été en formation vaccination un jour où je pouvais pas y aller»* (P7P), *«Et du coup après ça a été confirmé par mes collègues, j'savais pas, ça j'faisais pas.»* (P5P),

- leurs expériences personnelles en tant que patientes : *«Alors ben moi j'ai été confrontée personnellement parc'que je j'étais enceinte y a un an»* (P2C), *«j'ai dû être vaccinée pour ma deuxième pendant ma grossesse»* (P4C).

2.3. La confiance envers les vaccins

Les médecins faisaient confiance aux vaccins : *«j'trouve les vaccins de façon générale on en a, c'est une super arme»* (P3C), et tout particulièrement au vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche (dTPca) : *«c'est un vaccin quand même qui est hyper bien toléré chez les adultes»* (P3C), *«de toute façon le vaccin du tétanos et de la coqueluche on a quand même rarement des effets secondaires»* (P1P). Il n'y avait pas d'inquiétude d'effet indésirable: *«Non, j'ai pas de de de crainte des effets indésirables»* (P2P), car ce vaccin était utilisé depuis de nombreuses années : *«avec un recul qui est tellement important»* (P1C).

Certains soulevaient également l'idée que c'était un vaccin inactivé, ils étaient alors moins réticents à le faire pendant la grossesse : *«faire [...] des vaccins qui sont pas vivants pendant la grossesse, ça m'pose pas d'problème»* (P7P).

Ils vaccinaient déjà pendant la grossesse notamment avec le vaccin antigrippal : *«le vaccin grippe, ça fait des années quand même effectivement que quand elles sont enceintes, j'leur dis ce serait bien d'faire le vaccin grippe»* (P7P), ou même avec le vaccin dTPca en cas de rattrapage nécessaire : *«si c'est des jeunes femmes qui ont pas eu le vaccin dTP à 25 ans, ça va être pendant la grossesse»* (P1C).

2.4. La compréhension du mécanisme

La compréhension du mécanisme et de l'objectif de la vaccination coqueluche pendant la grossesse favorisait son acceptation : *«l'idée c'est de de directement transmettre les anticorps [...] au fœtus»* (P1P), *«Alors c'est pour ça au départ tu regardes pourquoi c'est fait, donc tu dis bah oui, c'est logique»* (P2P), *«Mais une fois que j'ai compris que c'était heu pour l'enfant à naître [...] c'est complètement logique [...] ça fait sens en fait»* (P4P).

La vaccination à chaque grossesse devenait cohérente : *«Ce qui me paraît logique puisque en fait on fait un boost d'anticorps quand on vaccine, et bah le boost après il s'atténue dans le corps de la femme donc j'imagine que s'il y a une grossesse après le boost d'anticorps il est très peu perceptible»* (P1P).

Ils n'avaient pas peur de répéter le vaccin de manière rapprochée : *«De toute façon, encore une fois, il y a pas de risque à revacciner un an plus tard par exemple»* (P1P). D'autres étaient plus dubitatifs. Les grossesses étaient souvent espacées : *«les grossesses sont sont souvent pas pas hyper rapprochées, on a rarement des grossesses qui ont un an d'écart. Ça arrive, mais c'est pas hyper fréquent*» (P4C).

La compréhension de l'intérêt de la vaccination facilitait la proposition et l'explication du vaccin aux patientes : *«maintenant qu'j'ai compris pourquoi c'est facile de leur expliquer»* (P3P), *«j'explique que si [...] la future maman est pour elle-même déjà correctement vaccinée, l'idée c'est [...] de resolliciter son système immunitaire pour pouvoir transmettre à son bébé des anticorps qui lui permettront d'être protégé de la naissance jusqu'à ce qu'on puisse réaliser les vaccins pour lui.»* (P4P).

Ils trouvaient cette nouvelle stratégie rationnelle et plus efficace que le cocooning : *«je trouve quand même que le fait de vacciner la femme enceinte c'est cohérent [...] et c'est beaucoup plus efficace»* (P6C).

La plupart des médecins étaient donc en accord avec cette nouvelle recommandation : *«Mais non, non, j'ai pas d'arrière-pensée. On est au pays de Pasteur. Et je pense qu'il faut, c'est bien les vaccins, enfin moi je suis plutôt pour»* (P1P), *«oui on est prêt à la faire, pas de soucis»* (P1C). Ils n'avaient pas d'interrogation en lien avec cette recommandation : *«j'me pose pas trop de questions-là-dessus»* (P3C).

Quelques-uns l'appliquaient depuis avril 2022, date de publication de la recommandation : *«bah ça fait un moment !»* (P4P) et d'autres n'en avaient pas eu l'opportunité : *«j'ai encore jamais eu l'occasion, tu vois, puisque c'est quand même une reco récente en fait»* (P6C). Certains l'ignoraient : *«J'insistais sur le vaccin en général mais sur la coqueluche elle-même non c'est vrai que j'ai pas, j'ai pas trop trop eu cette info-là»* (P5P), *«J'étais pas au courant donc c'est bien de pouvoir aussi faire ça pour euh pour euh pour en apprendre plus»* (P1C), *«non, je savais pas»* (P5C).

2.5. Les questionnements du médecin généraliste

Les médecins reconnaissaient que certaines réserves venaient plutôt d'eux : *«Si y avait des réticences, ça serait de notre part»* (P2P). Pour mieux accepter cette recommandation, les médecins avaient besoin de trouver des réponses à leurs inquiétudes.

2.5.1. La femme enceinte, une population particulière.

Les médecins craignaient une iatrogénie en lien avec le vaccin : *«j'évite de vacciner avec quelque chose que, enfin, j'évite les médicaments non indispensables pendant les grossesses habituellement»* (P1P). Les médecins les plus âgés avaient appris à ne pas vacciner pendant la grossesse : *«j'avoue que j'ai été élevé (rires) pas de vaccin pendant la grossesse»* (P3P). Cette réticence à vacciner pendant la grossesse dépendait du vaccin : *«COVID, on l'a fait, après sur les rappels j'suis un p'tit peu plus sceptique pour des tas de raisons»* (P6P).

Les médecins craignaient des effets secondaires : *«le fait que par exemple qu'ils aient peur de, d'effets secondaires»* (P6C). Ils avaient peur des risques pour le fœtus : *«j'espère que ça a pas posé problème pour le fœtus»* (P1P).

2.5.2. Mise en doute de l'intérêt

Quelques médecins doutaient de l'intérêt de cette recommandation : *«encore une fois, j'suis pro vaccin et cetera, mais là je je je sais pas si vraiment y a un intérêt»* (P5P). En effet, selon eux, l'incidence de la coqueluche restait faible : *«est-ce que effectivement [...] y a beaucoup d'cas de coqueluche chez les nourrissons ou pas ?»* (P2C), *«la coqueluche on en voit pas beaucoup en consultation»* (P1C).

Certains médecins déploraient la médicalisation de la grossesse : *«t'façon, en France au niveau de la euh d'l'obstétrique, on surmédicalise beaucoup trop»* (P5P). Et quelques-uns trouvaient la recommandation excessive : *«moi, ça m'a paru un ptit peu trop cocooning justement»* (P2C). Ils reconnaissaient une certaine lassitude des recommandations de vaccination toujours plus

nombreuses : *«y a p't'être le fait aussi que euh ces dernières années, euh on multiplie un peu les vaccinations»* (P2C).

La répétition du vaccin diphtérie, tétanos et poliomyélite (dTP) en même temps que la vaccination coqueluche posait souci à l'un des médecins : *«pour moi pas d'indication d'refaire le DTpolio aussi souvent»* (P2C). L'un d'eux avait même peur d'une pression des lobbyings pharmaceutiques : *«alors sponsorisé par les laboratoires que je n'aime pas»* (P1P).

Certains médecins trouvaient le changement de pratique trop important : *«l'écart par rapport à c'qu'on f'sait avant me paraît énorme»* (P2C).

2.5.3. Inquiétude de la répétition vaccinale

Certains médecins se demandaient s'il était nécessaire de vacciner à chaque grossesse : *«Parce que ça m'avait posé question, je m'étais dit bah effectivement, si on la vaccine une fois, est ce qu'il faut le refaire à chaque fois ?»* (P1P), «*J'étais un peu étonnée [...] la répétition des vaccinations, c'est surtout ça qui m'interroge»* (P2P).

Cela était en lien avec une mauvaise compréhension de la nouvelle recommandation : *«et pourquoi on vaccine rapproché ? [...] si y a une grossesse deux ans après, on les revaccine... J'ai pas compris pourquoi»* (P3P), *«encore une fois j'ai rien lu [à ce sujet]»* (P5P).

Les médecins n'avaient pas compris la nécessité de répétition à chaque grossesse : *«Alors non seulement on vaccine la femme enceinte, mais en plus tu peux la vacciner à chaque grossesse et quel que soit l'écart entre les grossesses»* (P6C). Cette répétition posait question car pour eux il fallait vacciner contre la coqueluche uniquement si elle datait de moins de 5 ans : *«avant on disait [si le rappel dTPca a été fait il y a moins de 5 ans], est ce qu'on revaccine ou pas ?»* (P7P).

2.6. Besoin d'information

Les médecins aimeraient avoir plus de recul sur cette recommandation avant de l'appliquer : *«J'ai pas le recul, je peux pas te dire là du coup»* (P6P). Ils reconnaissaient que ce n'était pas facile de changer de pratique et qu'il leur fallait du temps avant d'appliquer une nouvelle recommandation : *«Comme toute nouvelle recommandation, faut un peu intégrer»* (P2P). La répétition d'information par des sources différentes était également importante : *«j'ai besoin en fait d'entendre plusieurs fois l'information ou d'la relire ou...»* (P6C).

Les études réalisées à l'étranger les confortaient dans l'application de cette nouvelle recommandation : *«si y a des recommandations qui sortent dans ce sens-là, c'est que ça a été évalué, que y a une vraie plus-value»* (P3C).

Les médecins généralistes étaient attentifs aux sources des recommandations. La Haute Autorité de Santé (HAS) semblait être une source fiable : *«généralement, la HAS donne des recommandations [...] plutôt solides»* (P1C). Certains restaient méfiants et préféraient regarder également les études scientifiques :*«je fais confiance aux études entre guillemets quand même plus qu'aux recos»* (P6P). Afin de répondre à leurs craintes et questionnements les médecins apprécieraient la mise en place d'études qui démontrent :

- L'absence de risque : *«Quelle étude a montré que c'était dépourvu de risque ?»* (P1P),
- L'absence d'effet indésirable lié à la répétition : *«si les études qui sont réalisées démontrent [que] le fait de réaliser de façon répétée les Repevax® ça n'a pas d'impact sur la qualité de l'immunisation, sur des effets secondaires éventuels»* (P4P),
- L'impact sur l'incidence de la coqueluche : *«à voir effectivement c'que ça donne après […] au niveau justement des cas de coqueluche chez chez les nourrissons»* (P7P),
- La réduction de la morbi-mortalité : *«on peut expliquer qu'il y a une preuve que ça protège l'enfant contre des risques et qu'il y a pas de de toxicité»* (P6C), *«est-ce que ça fonctionne*

bien pour les tout-petits de le de le protéger si c'est vrai que c'est prouvé donc oui, la question se pose pas» (P2P).

3. Et les patientes dans tout ça ?

3.1. Une acceptation vaccinale variable

3.1.1. Selon le vaccin

D'après les médecins, les patientes ne voyaient pas tous les vaccins de la même façon. Elles acceptaient mieux certains vaccins : *«autant elles acceptent bien le vaccin contre la coqueluche que elles vont pas forcément accepter le vaccin contre la grippe, le vaccin contre le COVID, ça j'ai plus de mal»* (P7P), *«dès que je prononce le mot COVID, vaccin COVID, il y a encore franchement une certaine réticence. Quand je parle de la grippe ou des autres, y a aucun problème»* (P5C).

Elles étaient plus réticentes lorsqu'il y avait plus de deux injections nécessaires : *«dès qu'on dépasse 2 - 3 vaccins, [...] les gens ils s'en vont en courant hein»* (P5C).

3.1.2. Selon les patients

Les médecins constataient qu'il y avait certaines patientes plus difficiles à convaincre : *«à quelques exceptions près»* (P1P), *«y a toujours des récalcitrants»* (P3C). Les patientes réticentes aux vaccins étaient souvent en minorité : *«c'est pas la majorité, loin de là»* (P6C). Selon eux, les personnes hostiles aux vaccins étaient contre tous les vaccins sans différenciation : *«les personnes qui sont plutôt opposées à la vaccination, c'est pour tout type de vaccin pour la plupart»* (P1C), *«C'est plus les gens un petit peu réfractaires de base aux vaccins»* (P3C), *«mais ceux là, [refusent] aussi d'autres choses, donc [...] grossesse ou pas, c'est plus dans l'état d'esprit»* (P5C).

Pour certains médecins, le fait d'être enceinte pouvait aussi engendrer plus de craintes : *«souvent un peu plus de craintes autour de la vaccination pendant la grossesse»* (P1C), *«elles ont idée que tout peut être toxique»* (P5C).

À la suite des changements de recommandations, les médecins pensaient que les patientes avaient besoin de temps avant d'accepter les nouvelles vaccinations : *«je pense qu'il faut encore attendre. Euh par rapport, par exemple [...] par rapport au Gardasil® quand il est arrivé, j'ai mis quand même 5-6 ans, j'crois au moins pour qu'y ait une acceptation»* (P5C). Et plus particulièrement dans une patientèle rurale : *«Ici en campagne, [...] dans ma clientèle rurale [il faut] qu'ils entendent que personne n'est mort, fin que tout va bien, que tous les bébés vont bien, que tout le monde va bien, que ça n'a eu aucune conséquence, que l'accouchement s'est bien passé»* (P5C).

3.1.3. Selon les générations

L'opposition vaccinale s'observait pour les médecins dans des populations spécifiques pour certains vaccins :

- Le vaccin de l'hépatite B chez les enfants : *«On a eu des freins à la vaccination il y a quelques années, c'était par rapport à l'hépatite B»* (P2P).
- Certains vaccins chez les patients plus âgés : *«J'ai l'impression que ce qu'j'entends dire, vous m'injecterez pas […] vos cochonneries ou quoi, c'est plus des personnes âgées. Fin, après 50 ans, on va dire, j'ai c't'impression»* (P6C).
- Au contraire, certaines patientes plus jeunes étaient motrices dans la mise à jour de leur vaccination : *«les jeunes […] ont été demandeuses auprès de leur mère, en fait de mettre à jour leur vaccination»* (P6C).

3.1.4. Selon les époques

L'opinion publique concernant les vaccins aurait évolué selon le temps et les régions : *«là on est plutôt dans une phase plutôt pro-vaccin je trouve»* (P2P), *«on a pas de problème d'opposition aux vaccinations dans notre secteur»* (P2P). La communication par rapport aux vaccins était peut-être différente : *«la communication sur les vaccins est probablement […] mieux faite, plus explicative, plus pédagogique»* (P2P).

3.1.5. Selon le médecin

L'avis des patientes dépendait aussi selon eux de l'opinion du médecin lui-même : *«ça dépend forcément aussi de notre propre avis, parce que [...] elles s'en remettent à notre avis»* (P2C). Mais les médecins essayaient de délivrer une information objective : *«Quel que soit son avis personnel, faut savoir le mettre aussi un peu de côté et rester objectif»* (P2C). Ce n'était pas toujours facile : *«alors c'est difficile de pas influencer nos patientes»* (P2C). Globalement, les médecins parvenaient à démontrer l'intérêt du vaccin : *«on peut toujours être plus ou moins euh euh convaincant quand même»* (P2C).

Selon les médecins, les patientes savaient dire si elles étaient en désaccord avec une proposition du médecin : *«elles sauraient me le dire si elles étaient pas d'accord»* (P1P). Mais le doute persistait : *«après elles me disent peut-être pas si elles ont pas envie de le faire du coup elles me le font pas trop savoir»* (P1P).

Ils comprenaient certaines réticences des patientes : *«Je comprends qu'y ait des gens qui s'posent des questions, qui doutent ou qui aient peur»* (P6C). Notamment selon le milieu dans lequel ils avaient grandi : *«moi j'viens d'une famille vaccino-sceptique, alors donc je comprends tellement en fait»* (P6C). Les médecins restaient ouverts, à l'écoute et essayaient de les rassurer : *«si y a une patiente un jour qui a peur de ça, j'la comprendrais très bien et j'lui dirais qu'elle fait ce qu'elle veut mais moi j'la rassurerais parfaitement par rapport à ça»* (P5P).

Les patientes étaient au cœur de leur prise en charge et prenaient les décisions pour leur santé: *«on leur laisse vraiment le choix»* (P2C), *«là la personne accepte, elle accepte pas, c'est son choix»* (P1C), *«elles veulent pas euh, elles veulent pas hein. Ça reste un choix»* (P7P).

3.2. Comment le médecin généraliste aborde-t-il la vaccination coqueluche avec les patientes enceintes ?

Pour certains, l'abord des vaccinations n'était pas systématique dans le suivi de grossesse : *«elle aurait pas eu son carnet de santé, j'suis pas sûr que j'lui en aurait parlé. [...] ça vient pas à l'idée tout de suite»* (P3P), *«c'est un truc que j'faisais pas, je j'insistais pas trop là-dessus»* (P5P).

D'autres rapportaient une facilité à parler de vaccination au cours du suivi des femmes enceintes : *«J'ai pas l'impression que j'ai de difficultés»* (P1P). Depuis la recommandation de vaccination contre la coqueluche, évoquer la vaccination était même plus facile : *«Alors là, avec l'histoire de la coqueluche un peu plus»* (P3C).

Les informations délivrées étaient variables selon le temps accordé : *«soit si on a le temps, si j'ai le temps, je, je, je continue»* (P1C). Ils reconnaissaient que suivre des grossesses était chronophage : *«ça peut prendre du temps»* (P1C). Plusieurs médecins adaptaient leur emploi du temps : *«c'est toujours des consultations pour lesquelles je prévois un double créneau de toute façon pour les suivis de grossesse que je fais, je prévois un petit peu plus de temps parce que sinon on est toujours pressé et puis alors que c'est des moments où on a envie de prendre notre temps»* (P4P). D'autres médecins choisissaient de revoir plusieurs fois les patientes afin de bien prendre le temps des explications : *«j'fais une deuxième consultation»* (P1C), *«au début d'la grossesse, avant la première écho, c'est pas rare que je les voie 3 fois en fait»* (P6C).

Selon les médecins, les femmes n'étaient pas informées de cette vaccination au début de leur grossesse : *«Je ne suis pas certaine que en début de grossesse, elles savent qu'il faut se faire vacciner plus tard»* (P2P). En effet, certains n'abordaient pas la vaccination dès le début de grossesse étant donné que la vaccination aurait lieu plus tard : *«c'est vrai qu'en début de*

grossesse heu (soupir) vu que l'on vaccine pas, enfin pas au premier trimestre, donc ça, ça m'vient pas à l'idée systématiquement» (P3P).

Certains médecins réfléchissaient à la possibilité d'informer les femmes systématiquement quant à la nécessité de se faire vacciner : *«ça sera intéressant [qu'elle reçoive] de la documentation, ne serait-ce que par mail ou sur leur site* Ameli *par exemple, je pense qu'on peut assez facilement ou sur le l'espace santé»* (P1P).

3.3. Les arguments favorisant l'adhésion des femmes enceintes

3.3.1. Protéger le nourrisson

Les médecins évoquaient les risques et la gravité d'une coqueluche chez les nourrissons : *«je lui ai expliqué que le bébé était particulièrement vulnérable, fin qu'c'était une maladie grave, la coqueluche, chez l'bébé»* (P6C). Certains évoquaient même le risque de mort subite du nourrisson afin de déclencher un électrochoc chez les futures mamans : *«généralement quand on parle de mort subite du nourrisson euh elles sont parfaitement d'accord pour faire le vaccin de la coqueluche»* (P7P).

Les femmes enceintes étaient préoccupées par la santé de leur bébé : *«globalement, voilà les les femmes enceintes, elles sont quand même assez soucieuses, euh bah de leur santé et de celles de leur bébé»* (P2C). Le fait de se vacciner pour protéger le nourrisson était donc un argument fort permettant une bonne acceptation : *«Si on leur parle de quelque chose qui est là pour protéger euh leur bébé, elles sont plutôt, elles adhèrent plutôt»* (P2C), *«ça passe très bien quand c'est pour protéger les enfants»* (P3C). Cet objectif de protection de l'enfant permettait d'aborder plus aisément la vaccination : *«et c'est presque plus facile à amener que nos vaccinations classiques»* (P3C).

Placer le futur enfant au centre de la prise en charge favorisait l'adhésion : *«le fait que qu'on aborde tout de suite l'enfant en fait, c'est quelque part ça, ça projette […] sur le désir initial, le fait qu'y ait le désir d'enfant»* (P1C).

3.3.2. Explications du mécanisme

L'explication du mécanisme de transmission d'anticorps au fœtus permettait une meilleure compréhension des patientes. Elles avaient besoin de comprendre le fonctionnement : *«vacciner la maman en fin de grossesse pour que le bébé ait vraiment les anticorps euh vaccinaux d'la maman à un taux protecteur avant que lui-même soit protégé»* (P6C), *«C'était pour déjà stimuler les anticorps pour le nourrisson, [...] ça passe par le le placenta»* (P2P).

Ils expliquaient aussi la nécessité de répéter les vaccins à chaque grossesse pour réactiver les anticorps : *«j'explique que faut relancer les anticorps, la protection pour un bébé qui est nouveau»* (P5C).

Ils rappelaient que les nouveau-nés n'étaient protégés qu'après plusieurs injections de vaccins reçues : *«chez les tout petits en fait on peut pas les protéger tout de suite»* (P3C). L'objectif principal était la protection du nouveau-né dans l'attente de ses premiers vaccins : *«qu'elles lui transmettent des euh des anticorps [...] avant les premiers vaccins»* (P7P).

Le rôle du médecin était d'informer, sans dissimuler certains risques : *«on est aussi là pour délivrer l'information [et ne] pas occulter volontairement certaines choses»* (P2C). Ils expliquaient donc les risques d'effets indésirables, souvent moins graves que les effets de la maladie eux-mêmes : *«je leur explique que la maladie peut donner les mêmes effets secondaires et en proportion plus importante»* (P6C), *«quand on leur explique les conséquences, les réticences se lèvent assez vite»* (P5C).

3.3.3. Informations sur les données scientifiques

Certains expliquaient que la stratégie du cocooning n'était pas optimale : *«vu que la notion de cocooning a priori ne sert à rien»* (P6P). Les éléments scientifiques en faveur étaient également avancés : *«moi j'essaye du coup de leur expliquer c'que c'qu'on connait et puis et puis c'que c'que dit la science»* (P6C).

Certains évoquaient le fait que cette vaccination se pratiquait déjà largement dans d'autres pays : *«comme plein de pays faisaient déjà depuis très longtemps»* (P6C).

3.3.4. Un discours uniforme

Les médecins espéraient un discours identique entre les différents professionnels intervenant autour de la patiente : *«alors si elles vont voir sage-femme ou gynéco, qu'on soit deux à le dire, que qu'il y ait le même discours»* (P5C). Ces répétitions favoriseraient l'adhésion des patientes : *«que, elle l'entende et puis ensuite moi je le redis, des fois elles le disent «ah oui la sage-femme nous l'a dit, faut qu'on le fasse», […] la répétition ça fonctionne aussi»* (P5C). Le médecin devait parfois répondre aux questionnements des patientes pour donner suite aux conseils donnés par la sage-femme : *«sa sage-femme heu elle lui a dit que ça serait bien qu'elle se fasse vacciner alors qu'elle était vaccinée il y a peu de temps»* (P3P). Un discours uniforme entre les différents professionnels rassurait donc les patientes.

3.3.5. La connaissance de sa patientèle : un atout pour la vaccination

La connaissance des patientes était un atout pour évoquer la vaccination : *«en général, on les connaît bien ces patientes et on sait à peu près lesquelles vont être un peu plus réfractaires et celles pour qui ça va pas poser de problème»* (P1P). Cela leur permettait d'adapter leur discours: *«j'fais vraiment du cas par cas»* (P2C). Un discours assuré permettait une meilleure adhésion des patientes : *«si nous-mêmes on n'est pas assuré quand on vient expliquer la mesure, [l'acceptabilité] va se faire plus difficilement quoi»* (P1C). Les patientes avaient confiance en leur médecin : *«son interrogation […] venait peut-être aussi de moi, lui ayant dit qu'elle était couverte»* (P3P), *«la plupart du temps elles me font confiance»* (P4C). Elles n'hésitaient pas à demander ce que le médecin ferait à leur place : *«fin des fois elle me dit, mais vous vous feriez quoi ? Je dis ben moi si c'était moi, j'le f'rais»* (P4C).

3.4. Une forte acceptation vaccinale

Les médecins généralistes ne percevaient pas d'opposition à la vaccination chez leurs patientes: *«j'ai pas l'impression que ça les freine»* (P1P). Lorsque le médecin prescrivait et conseillait, la patiente acceptait : *«on prescrit le vaccin, ils savent pas c'qu'y a dedans, on leur dit qu'il faut et puis voilà, puis ça leur va très bien»* (P3C). Un médecin notait qu'il conseillait la vaccination, mais qu'il ne vérifiait pas toujours si le vaccin avait vraiment été fait : *«j'leur en parle […] peut-être qu'elle entend mais peut-être qu'elle le fera pas»* (P5P).

Les patientes semblaient en faveur de la vaccination dTPca : *«j'trouve que c'est une vaccination qui est très bien acceptée»* (P4P), *«pour l'instant, celles à qui j'en ai parlé, j'ai pas eu de refus de faire le vaccin pendant la grossesse»* (P7P). En expliquant l'intérêt du vaccin, cela semblait même parfois indéniable pour les patientes : *«Et ça lui a paru une évidence»* (P6C). Les médecins ne remarquaient pas d'inquiétude de la part des patientes : *«globalement la vaccination coqueluche chez la femme enceinte, ça ne pose aucun, fin aucun problème»* (P2P). Même si le vaccin contenait aussi des valences diphtérie, tétanos et poliomyélite, les médecins pensaient que les patientes n'étaient pas inquiètes. Elles devaient savoir que ces maladies étaient moins fréquentes grâce à la vaccination : *«J'pense que dans le collectif, fin l'esprit collectif des gens, c'est des maladies qu'on a plus beaucoup, mais justement grâce à la vaccination»* (P3C).

Les médecins étaient parfois surpris de cette acceptation sans réticence de la part de leurs patientes : *«La femme enceinte que j'ai vue en 2021 et qui m'a demandé à s'faire vacciner contre le COVID, fin moi, ça m'a épaté quand même hein. Fin elle m'a épaté»* (P6C).

4. La traçabilité

Les médecins constataient qu'ils n'étaient plus au centre de l'acte de vaccination et la traçabilité était donc plus difficile à assurer : *«comme c'est plus forcément nous qui faisons les vaccins, ben on peut plus les tracer dans nos dossiers médicaux. Ça c'est dommage»* (P7P). Le recueil des preuves de vaccination restait important : *«j'attends euh de voir si elles peuvent me donner une preuve»* (P5C).

4.1. Écrire dans le carnet de santé

Les médecins pointaient la nécessité de tracer les vaccins reçus par les patientes. Ils s'assuraient des vaccinations en regardant le carnet de santé : *«on vérifie tout ça […], souvent ils viennent avec leur carnet de santé d'ailleurs»* (P2P), *«si c'est noté dans le carnet»* (P3P), *«Je demande toujours d'amener le carnet de santé»* (P4P), *«si elles savent pas, je leur demande de m'rapporter leur carnet de santé à la consultation qui suit»* (P4C). Peu importe qui vaccinait, le principal était de protéger la patiente : *«l'essentiel, c'est que ce soit fait, hein, que ce soit moi, toi ou la sage-femme ou l'infirmière. Il faut qu'elle soit protégée»* (P3P). Et surtout, le plus important était de consigner l'information : *«si c'est noté, voilà, si il y a une trace euh ça m'est égal. Si c'est pas noté, ça ça m'dérange»* (P3P).

4.2. Une traçabilité variable selon les professionnels ?

Un médecin exprimait sa confiance envers les infirmières : *«j'avoue que j'préfère l'infirmière au pharmacien»* (P3P). Certains restaient plus dubitatifs quant aux pharmaciens : *«Et quelquefois l'pharmacien il note pas toujours»* (P3P). Les informations tracées étaient parfois incomplètes : *«Les pharmaciens y a des ratés, hein. […] j'ai un peu tout, j'ai que le nom, une fois j'ai que la date, une fois des fois j'ai tout, des fois j'ai que le petit le le code collé sur une feuille mais j'ai pas la date donc euh voilà»* (P5C).

Certains avaient plus confiance en eux-mêmes pour la vaccination : *«c'est moi qui ai fait parce que euh bon, on est quand même bien servi par soi-même, je sais c'que j'fais et j'le note»* (P4P).

4.3. Informer les patientes

Si les professionnels qui vaccinent informaient les patientes, elles pourraient faire savoir qu'elles ont été vaccinées : *«surtout le transmettre à la patiente, c'est surtout ça qui est important que elle elle le sache»* (P7P). Les médecins rappelaient à leurs patientes la nécessité de tracer les vaccins reçus : *«je leur dis et répète, [...] le pharmacien ou l'infirmière me le marque là, vous gardez l'ordonnance, je veux le code»* (P5C).

4.4. Partager le même logiciel

Afin d'améliorer la traçabilité et la communication interprofessionnelle, certains réfléchissaient au développement de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) : *«l'intérêt [est de pouvoir financer des réunions], ce sont des réunions de coordination […] et ça permettrait d'inclure effectivement une sage-femme, les pharmacies, les infirmiers, dire attendez euh à chaque fois qu'on a un vaccin là euh…»* (P6P).

Au sein des SISA et dans certaines MSP, le fait de partager un logiciel commun permettait à chacun de mettre à jour les dossiers médicaux, notamment l'onglet vaccinations : *«et y a des sage-femmes aussi, où on travaille ensemble en MSP, où on a le même logiciel [...] donc c'est noté dans le dossier»* (P3P), *«si tu entres sur une SISA, t'es censé avoir le même logiciel»* (P6P). Le médecin pouvait autoriser l'accès à certains onglets du dossier patient : *«tu donnes en fonction d'ce que tu veux qu'elles aient le droit de regarder»* (P6P).

Ceci permettrait une meilleure coordination des soins : *«c'est comme ça que la coordination peut arriver. Faut retrouver ça, ou là on va aller droit dans le mur»* (P6P).

4.5. Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Inscrire les vaccins sur le DMP apparaissait comme une éventuelle solution : *«on en avait déjà discuté avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), maintenant qu'y a le dossier médical partagé euh qu'on peut agrémenter»* (P7P). Certains médecins consultaient le DMP si les patientes leur rapportaient une nouveauté qui n'était pas encore intégrée au dossier : *«Quand ils me disent que oui, y a eu des choses de faites et puis qu'ils savent plus»* (P7P). Mais la consultation du DMP était perçue comme chronophage : *«j'y vais pas de façon systématique, j'ai pas l'temps !»* (P7P), *«mais l'problème d'l'espace numérique, [...] c'est euh une perte de temps incroyable»* (P6P).

Aussi, un médecin déplorait que l'onglet vaccinations du DMP ne soit pas en accès libre aux professionnels, seul le patient pouvait l'agrémenter : *«C'est dommage parce que le volet vaccin en fait on peut pas l'agrémenter. Alors que c'est ça qui est important que tous les professionnels de santé qui fassent les vaccins puissent le mettre dans le dossier médical partagé»* (P7P). Il y avait donc des perspectives pour le développement du DMP : *«le jour où ça, ça changera, là effectivement, ce sera intéressant»* (P7P).

Chaque patiente avait la liberté de créer un DMP ou non, certaines ne le feraient pas : *«toutes n'auront pas de DMP, ça c'est sûr, il y en a qui veulent pas forcément l'ouvrir»* (P7P).

4.6. Écrire sur le carnet de santé de l'enfant ?

Un médecin proposait d'écrire la date de vaccination dTPca pendant la grossesse dans le carnet de santé de l'enfant. En effet, beaucoup de médecins suivaient les nouveau-nés. Lors de la consultation des 10 premiers jours, ils consultaient la partie réservée au déroulement de la grossesse : *«est-ce que sur la partie du carnet de santé […] où on peut mettre les éléments un petit peu qui se sont passés pendant la grossesse, est-ce que là on peut mettre Repevax® fait [...] au moins comme ça, on sait que la maman a eu son Repevax®»* (P7P).

Mais plusieurs obstacles étaient soulevés. Il faudrait alors que le médecin traitant du nouveau-né soit aussi le médecin traitant de la maman. Au moment de la vaccination, les femmes ne possèdent pas le carnet de santé de leur enfant : *«mais à ce moment-là elles ont pas encore le carnet de santé»* (P7P). Les médecins voient le nouveau-né en consultation et ne pensent pas forcément à contrôler les vaccinations de la maman : *«comme j'les vois pas forcément sur une consult pour ça que je les vois pour le bébé, je vérifie pas toujours qu'elles ont été bien vaccinées»* (P4C).

4.7. Communiquer avec les sage-femmes ?

Les médecins constataient un manque d'échanges avec les sage-femmes : *«y a pas de communication»* (P6C), *«c'est vrai qu'y a pas beaucoup de de communication»* (P7P), *«Mais tout ce qui est fait, la traçabilité interprofessionnelle entre sage-femme et médecin [...] que dalle ! T'as jamais aucun retour»* (P6P). Pour certains, la rareté des suivis de grossesse effectués expliquait le peu de communication : *«Mais encore une fois je je fais très très peu de suivi de grossesse donc peut-être si j'en faisais plus…»* (P5P).

Un médecin pensait que ce frein au dialogue venait d'une sorte de concurrence entre les professionnels (notamment entre médecins généralistes et sage-femmes) : *«C'est triste parce que je pense que dans le non-dialogue et dans dans le non-échange, il y a une part purement libérale, financière»* (P6P), *«on va jamais parler parce que [...] t'es dans un système concurrentiel»* (P6P).

A l'inverse, un médecin ne se sentait pas du tout en concurrence : *«Et j'me sens pas du tout en compétition avec les sage-femmes»* (P6C). La femme restait libre de consulter le professionnel de son choix : *«je leur demande assez vite par qui elles ont envie d'être suivies»* (P4C). Ce professionnel n'avait pas d'obligation d'informer le médecin généraliste : *«j'ai pas du tout envie que la sage-femme se sente obligée de me faire un compte-rendu, fin c'est, fin, c'est une profession médicale euh. Puis même si elle était pas médicale»* (P6C).

Ils apprécieraient davantage de correspondance avec les sage-femmes : *«si au moins quand elle commence à les prendre en charge on pouvait avoir un petit, même un petit message sur ms santé euh nous disant : je prends en charge ta patiente qui est en début de grossesse»* (P7P). Ils souhaiteraient recevoir les informations : *«nous transmettre […] quand est-ce que ça a été fait»* (P7P), *«on r'çoit un mail»* (P6P).

Un courrier résumant le suivi effectué par les sage-femmes était plébiscité par les médecins : *«elle me met en fait Repevax® fait comme maintenant elles font pour la coqueluche, ampoule de vitamine D donnée... Donc au moins je sais que euh que c'est fait, j'ai pas besoin d'en reparler avec la patiente donc ça […] franchement c'est bien»* (P7P).

4.8. Le médecin généraliste : un coordinateur des soins

Lors des suivis de grossesse, les médecins notaient la nécessité d'un suivi coordonné par un professionnel : *«pour une grossesse, c'est bien qu'il y ait vraiment un référent»* (P1P). Le médecin généraliste était le coordonnateur des soins de son patient : *«c'est toi le responsable de la santé de ton patient»* (P6P).

Lors de grossesses complexes, certains médecins organisaient un suivi conjoint avec les gynécologues : *«elle est à la fois suivie par moi et par un gynécologue»* (P1P). Une consultation sur deux était effectuée par le médecin généraliste, mais là aussi la communication n'était pas idéale : *«C'est peut-être le problème des fois d'un suivi à deux»* (P1P).

Certains partaient du principe que lorsqu'un professionnel s'occupait du suivi, il réalisait le vaccin : *«je pense que c'est systématiquement fait. Le professionnel s'en charge»* (P1P), *«généralement, elles font le suivi de grossesse et du coup, elles font cette vaccination»* (P4C). Ils leur faisaient confiance pour réaliser un suivi de grossesse adapté : *«si c'est une sage-femme, moi je la laisse vraiment faire.»* (P1P), *«elles sont au courant de cette reco et elles l'appliquent […] je compte sur mes collègues pour faire correctement leur travail»* (P4C). Mais

la communication semblait quand même nécessaire : *«faudrait pas que le médecin généraliste se dise que le gynéco va faire et que le gynéco se dise que le généraliste va faire»* (P1P).

Ils comptaient sur les consultations de fin de grossesse par l'obstétricien pour rattraper ce qui n'avait pas pu être fait avant : *«comme elle arrivait juste au troisième trimestre, j'ai dû me dire que le gynéco allait lui faire»* (P1P). Parfois, les dernières consultations de suivi de grossesse semblaient être un moyen de réaliser l'injection vaccinale si elle n'avait pas pu être faite plus tôt : *«Et comme on avait encore du temps pour son Repevax® au moment où j'lui ai fait le Rhophylac® j'lui ai dit : euh bah vous voyez… soit si la sage-femme est OK pour vous le faire, elle le fait [sur une des séances de] la fin d'grossesse et puis euh et puis sinon […] on aura bien l'occasion d'se revoir avant les 36 semaines»* (P4P).

5. Perspectives

5.1. Réflexions autour du schéma vaccinal

5.1.1. L'évolution du schéma vaccinal au cours du temps

Les médecins ont connu plusieurs évolutions du schéma vaccinal : *«on vaccinait au début les enfants par [dTPca] et puis à 16 ans et puis après 25 c'était que des DTpolio [...] ou même des Tetavax, c'est à dire uniquement contre le tétanos»* (P6P). Les épidémies de coqueluche ont fait évoluer la vaccination : *«c'est dans les années euh 95, 2000 ou 90 j'sais plus, y a eu 1 ou 2 années d'épidémies de coqueluche chez des adultes»* (P6P).

Ils étaient soucieux que leurs patients soient à jour de leur calendrier vaccinal : *«donc voilà, globalement il faut qu'ils soient bien vaccinés»* (P4C) et ils proposaient des rattrapages en fonction du calendrier vaccinal en vigueur : *«je les pousse à le faire si elles veulent bien»* (P5C).

Ils rappelaient que dans le calendrier actuel le rappel contre la coqueluche ne se faisait qu'à 25 ans et pas à 45 ans : *«dans le calendrier vaccinal, y a plus la coqueluche à 45 ans. C'est DTP seul. [...] dTPca c'est jusqu'à 25 ans»* (P7P). Pour autant, certains préféraient tout de même faire le dTPca à tout âge : *«Et moi depuis le départ, j'ai toujours fait, une fois que c'est sorti, j'ai toujours fait du Repevax® quel que soit l'âge, aussi bien pour les anciens comme moi à la limite, et les plus anciens»* (P6P).

Le vaccin anti-coqueluche ne procurait pas une immunité fiable dans le temps : *«de toute façon après 10 ans c'est mort, on sait qu'il y a plus du tout [...]de protection»* (P7P). Certains faisaient le rappel tous les 10 ans : *«si j'estime que [...] c'est un peu loin j'leur fais volontiers mais je me mets à peu près ouais le le le le 10 ans ça me paraît voilà»* (P2C), d'autres tous les 5 ans : *«si la vaccination date d'y a plus de 5 ans on refait»* (P3C), dans la logique de la stratégie cocooning.

Mais ils trouvaient que cela était discordant avec le calendrier vaccinal actuel : *«Alors que le le DT-polio, maintenant on dit 20 ans»* (P3P). Ils pensaient qu'il n'y avait pas assez de rappel de vaccin anticoquelucheux à l'âge adulte : *«je comprends pas bien en fait, […] pourquoi est-ce que la coqueluche est pas dans le calendrier vaccinal, déjà tous les 20 ans»* (P6C).

5.1.2. Adaptation par rapport au schéma vaccinal actuel

Des questionnements naissaient de cette recommandation pour s'adapter au calendrier en vigueur :

- Les médecins se posaient la question de décaler le rappel des 25 ans lors d'une future grossesse : *«si elle arrive à 24, 25 ans, elle désire une grossesse et elle vient pour pour s'faire vacciner. Là j'lui dirais, mais peut-être attendre que tu sois enceinte, on te vaccinera au troisième trimestre»* (P3P), *«parce que si elles ont un projet dans l'année qui vient, je me dis c'est un peu bête de faire de vacciner euh 2 fois à très peu d'intervalle quoi»* (P2P).
- Mais, la survenue d'une grossesse restant imprévisible, ils craignaient un retard vaccinal chez la femme : *«c'est important aussi que là, à son âge, elle soit quand même protégée pour elle»* (P6P).
- Pour certains médecins, il était préférable d'espacer les injections vaccinales de 2 ans minimum, d'où cette idée de décaler le rappel des 25 ans : *«et j'avais lu que hum c'était quand même mieux si ça pouvait être espacé de 2 ans»* (P4P) pour limiter les effets indésirables : *«pour éviter les effets secondaires, mais qui étaient de l'ordre de fébricule, courbatures»* (P4P). D'autres médecins ne savaient pas s'il y avait des recommandations sur le délai entre deux vaccinations : *«Y a pas de recos par rapport à ça ?»* (P7P).
- Les médecins ne faisaient pas le rappel à 25 ans s'il y avait eu une grossesse 5 ans auparavant : *«Alors si elle est vaccinée après 20 ans, non j'ferais pas celui des des 25 ans»* (P7P).

- Les médecins ne faisaient pas le rappel à 45 ans s'il y avait eu une grossesse tardive : *«de toute façon à 45 ans y a pas la coqueluche mais heu j'lui referai pas forcément son DT polio en fait à à 45 ans à ce moment-là.»* (P7P).

Finalement, certains adaptaient le calendrier vaccinal en fonction des injections déjà reçues : *«ça dépend vraiment de la date [...] des dernières vaccinations»* (P2C), et d'autres respectaient les âges de vaccination du calendrier : *«je vérifie [...] qu'elles ont leur rappel 25-45»* (P4C), *«j'reste dans le calendrier, ouais aux aux âges, fin si j'arrive à la voir à 45...»* (P7P).

5.1.3. Une recommandation particulière pour les professionnels ?

Un médecin s'interrogeait sur d'éventuelles recommandations pour les professionnels de santé et de la petite enfance : *«je cherche en fait s'il y a des recommandations particulières pour les professionnels de santé pour la coqueluche. Bah non.»* (P6C) et déplorait le fait que les assistantes maternelles ne soient pas vaccinées : *«les nourrices par exemple, qui sont avec des bébés [qui ne] sont pas encore complètement protégés, tu les revaccines pas contre la coqueluche tous les 10 ans, ni même ni même tous les 20 ans»* (P6C).

Un autre rapportait que des collègues travaillant en néonatalogie refaisait le dTPca tous les 5 ans : *«j'ai des amis qui sont en néonat qui de toute façon faisaient déjà leur vaccin DTP tous les 5 ans de façon classique»* (P7P).

5.2. La stratégie cocooning obsolète ?

Les médecins s'accordaient pour dire que la stratégie cocooning manquait d'efficacité : *«J'ai retenu que le cocooning n'avait pas fait la preuve de sa supériorité»* (P6P). Du fait notamment d'une difficulté d'application : *«réussir à vacciner les assistantes maternelles, les pères, les mères, les grands-parents euh on n'y arrivait pas»* (P7P).

Avant la nouvelle recommandation, ils essayaient de l'appliquer : *«Alors déjà je l'abordais avant»* (P6P). Ceux qui n'avaient pas connaissance de la nouvelle recommandation

l'appliquaient toujours : *«je vérifie aussi la vaccination du futur papa [...] on essaie de mettre ça à jour avant que bébé arrive»* (P2C), *«je demande aux grands-parents de faire la coqueluche, le rappel»* (P5C).

Certains qui appliquaient la nouvelle recommandation continuaient à utiliser la stratégie cocooning : *«pour l'instant je pense que c'est bien de garder les deux»* (P3P), *«pour moi c'était les 2»* (P5C), *«j'pense que il faut la garder, pour moi, les 2 sont pas incompatibles en fait»* (P4C). Ils l'expliquaient par :

- l'efficacité garantie par l'application des deux stratégies : *«moi j'préfère mettre ceinture et bretelles que que que l'un ou que l'autre quoi»* (P4C),
- l'absence de recul : *«en attendant d'avoir un peu plus de recul»* (P3C),
- l'absence d'efficacité absolue de la nouvelle recommandation : *«et puis en plus la protection du bébé elle est pas de 100 % avec les anticorps vaccinaux de la maman»* (P6C),
- la limitation du risque d'exposition à la coqueluche : *«plus il y aura de personnes dans l'entourage vaccinées, moins y a quand même de risque d'exposition»* (P6C).

La stratégie cocooning permettait de faire un état des lieux des vaccinations de l'entourage : *«c'est vraiment l'occasion [...] de refaire le point sur les vaccinations d'l'entourage»* (P3C) et de remettre à jour si besoin : *«des grands-parents, des futurs grands-parents qui viennent me voir en disant, bah ma fille ou mon fils m'a dit que ce serait peut-être bien que je me fasse revacciner»* (P4C).

Certains pensaient qu'il fallait totalement oublier la stratégie cocooning : *«je pense que si la femme enceinte est vaccinée, on zappe complètement. Fin j'vois pas bien l'intérêt»* (P6C). Sauf pour les femmes qui refusaient la vaccination pendant la grossesse : *«Mais par contre on la conserve si la femme refuse de se faire vacciner»* (P6C).

5.3. Vers un vaccin monovalent ?

La répétition d'un vaccin tétravalent pouvait poser souci dans l'acceptation de cette nouvelle recommandation.

5.3.1. L'utilité d'un vaccin monovalent

Certains médecins étaient en faveur du développement d'un vaccin monovalent : *«il faudrait qu'ils nous sortent un vaccin coqueluche tout seul quoi»* (P2P). Ceci était justifié par l'absence de recommandation à répéter le vaccin dTP : *«pourquoi faire 4 vaccins parce que c'est 4 vaccins, alors qui en a besoin que d'un»* (P3P). La vaccination avec un vaccin tétravalent posait question aux patientes : *«c'est vrai que j'crois que j'ai déjà eu la, j'ai déjà eu la question ouais»* (P3C).

Cela favoriserait l'application de la nouvelle recommandation en la rendant plus claire : *«ça serait plus logique, [...] ça me poserait moins de problème de vacciner, je le fais hein, mais ça me poserait moins de problèmes de vacciner que la coqueluche chez la femme enceinte si elle est à jour du reste des vaccinations»* (P2P).

Ils pensaient que ça pourrait favoriser l'adhésion des patientes : *«ils seraient plus dans l'acceptation»* (P5C), en facilitant la compréhension : *«ce serait beaucoup plus clair pour les parents»* (P5C).

D'autres médecins ne percevaient pas l'utilité d'un vaccin monovalent, le tétravalent existant déjà : *«il faut pas chercher à créer quelque chose juste pour le créer parce qu'on imagine que ce serait mieux»* (P4P). Selon eux, les patientes acceptaient bien le vaccin dTPca : *«ça se discute, alors après souvent j'trouve que le le côté tétanos passe bien»* (P3C).

5.3.2. Développement d'un vaccin monovalent

Les médecins relevaient que les laboratoires devraient trouver un intérêt au développement d'un vaccin monovalent, notamment financier, ce qui n'était probablement pas le cas : *«c'est*

juste financier hein, économique hum ouai, non non c'est pas, c'est c'est pas rentable, un problème de rentabilité» (P2P).

Ils se posaient également la question du coût de développement par rapport au bénéfice de ce nouveau vaccin : *«Est-ce que c'est vraiment utile [de] dépenser beaucoup d'argent dans le développement d'un vaccin seul uniquement pour ça ?»* (P4P).

5.4. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste

5.4.1. La place du médecin généraliste par rapport aux sage-femmes

L'intégration de la nouvelle recommandation n'était pas facilitée par la diminution du nombre de suivis gynéco-obstétriques : *«c'est ça aussi la raison que plus on en voit, plus on… mais là on en voit d'moins en moins. Enfin bref, même on en voit quasiment plus. J'aurais plus [de] suivi, je pense que j'aurais changé probablement plus vite»* (P3P).

Certains médecins avaient l'impression que les suivis de grossesse leur échappaient. Ils suivaient plus de grossesses il y a quelques années : *«quand j'me suis installé y a 19 ans, 20 ans bientôt, j'faisais quelques suivis de grossesse»* (P3P). Le genre masculin du médecin semblait aussi être un frein au suivi obstétrical : *«d'autant plus que je suis un homme»* (P3P). Les sage-femmes étaient de plus en plus nombreuses : *«J'en faisais beaucoup plus et puis euuuh la place est prise par les sage-femmes qui sont en grand nombre»* (P2P), *«Les sage-femmes heu sont de plus en plus et progressivement ben heu on fait très peu»* (P3P).

Selon les médecins interrogés, les femmes enceintes étaient souvent suivies par des sage-femmes : *«c'est essentiellement les sage-femmes»* (P5C). Les sage-femmes étaient perçues comme légitimes pour suivre les grossesses : *«c'est logique qu'elles suivent les grossesses, c'est quand même leur cœur de profession»* (P6C). Elles semblaient être plus expérimentées et compétentes que les médecins généralistes : *«[Elles] ont plus l'habitude que nous de faire des suivis de grossesse»* (P4C), *«que les sage-femmes soient plus à même de suivre une grossesse, y a pas photo»* (P6P).

Pour certains médecins, les sage-femmes avaient plus de temps à accorder aux patientes : *«si elles vont voir une sage-femme pour leur première consult, j'pense qu'elles auront 30 minutes»* (P2C), *«on est parfois un peu moins dispo que les sage femmes»* (P4C). Mais les médecins constataient qu'ils avaient parfois des délais de consultation plus courts que les sage-femmes: *«Et moi elle revenait […] me voir parce que le rendez-vous avec heu sa sage-femme était prévu [un mois plus tard]»* (P3P).

Certains se sentaient jugés comme illégitimes dans le suivi de grossesse : *«Qu'on en soit plus capable, c'est aussi agaçant»* (P6P). Des patientes ne se doutaient pas que le médecin était équipé pour suivre les grossesses : *«Quand j'sors mon p'tit [doppler fœtal] elles sont toutes surprises parce que : ah bon docteur vous avez ça ?»* (P3P).

Les médecins gardaient un attrait important pour les suivis gynécologiques : *«moi j'aime bien faire des suivis de grossesse»* (P4P). Ils étaient même déçus de perdre ces suivis : *«ce qui m'ferait suer, c'est de plus en voir du tout»* (P6C), *«On en fait de moins en moins déjà, c'est… à notre plus grand regret»* (P2P). L'idéal serait qu'il y ait des patientes pour les médecins et pour les sage-femmes : *«Ce serait bien qu'il y ait pour deux quoi, pour nous et pour elles»* (P6C).

Les patientes gardaient leur libre-arbitre quant au choix du professionnel : *«finalement ce qui importe le plus c'est quand même leur choix à elles»* (P4P). Elles pouvaient donc choisir librement : *«j'leur dis aussi que je peux suivre la grossesse mais que ça peut être aussi une sage-femme ou un gynéco»* (P2C), et elles étaient rassurées d'avoir le choix : *«en expliquant un petit peu les différentes manières de faire euh la plupart du temps ça, voilà, ça ça fonctionne»* (P4P). Le fait de voir un autre professionnel permettait de séparer les prises en charge : *«parfois elles ont besoin de scinder un petit peu les prises en charge»* (P4P). D'autres patientes favorisaient la poursuite du suivi : *«finalement, il y a quand même pas mal de patientes qui sont contentes de venir faire leur suivi ici parce que il y a aussi une continuité.*

[...] c'est un peu comme si on suivait le bébé de sa conception et puis ensuite, quand il va naître et puis ensuite, quand il va grandir et donc il y a une histoire aussi qui se raconte dans tout ça» (P4P), *«Elles nous demandent souvent […] si on va suivre le bébé après»* (P3P).

Selon les médecins, elles appréciaient la connaissance et la confiance partagée avec le médecin généraliste : *«on se connaît bien, donc je pense que c'est aussi peut-être par choix qu'elle a fait aussi qu'elle est venue là, comme on se connait depuis longtemps»* (P2P).

5.4.2. Le médecin généraliste : un interlocuteur de choix

Les médecins voyaient les patientes régulièrement et pour des motifs variés. Ils étaient donc des interlocuteurs privilégiés pour les femmes :

- pour le suivi gynécologique : *«que je suivais aussi sur le plan gynéco»* (P2P),
- pour un projet de grossesse : *«la dernière d'hier c'est plutôt une pré grossesse, c'est-à-dire une une euh un projet de conception. Mais […] c'est pas encore fait»* (P1C),
- pour des difficultés à procréer : «une dame qui a fait une procréation médicalement assistée» (P1P), «une jeune femme […] qui avait un peu de difficulté à avoir un bébé» (P3P),
- au début de grossesse : *«j'les vois au début, c'est souvent les les premières consultations de grossesse»* (P1C), *«souvent finalement je vais voir beaucoup les femmes au début de leur grossesse»* (P1P), *«c'était une découverte de grossesse»* (P7P),
- pour le suivi de grossesse : *«c'était une consultation du 4ème mois»* (P2C), *«c'était la consult du 7ème mois, c'était la dernière consultation»* (P5P),
- pendant la grossesse pour d'autres motifs : *«Et effectivement si elles sont suivies par une sage-femme, je vais les voir pour des problèmes autres type rhume, petites choses comme ça, douleur…»* (P5P), *«une femme enceinte qui avait un problème infectieux»* (P6P),

- en fin de grossesse pour le congé pathologique : *«j'les vois à la fin souvent pour les euh congés patho»* (P1C),
- après la naissance lors du suivi des enfants : *«et j'les vois après pour les enfants parce que […] je suis beaucoup les enfants»* (P1C), *«j'suis les enfants de mes patientes»* (P3P),
- lors d'une consultation pour un autre motif : *«c'était une consultation qui était pas de fait pour ça, mais en fin de consultation est arrivé le sujet»* (P1C).

Le médecin généraliste connaissait bien ses patientes et elles n'hésitaient pas à venir le voir pour échanger à la suite de consultations mal vécues avec certains obstétriciens : *«la consultation a commencé par débriefer pour ce qui s'est passé avec son gynécologue»* (P1P). Le médecin généraliste faisait preuve d'une écoute active et s'assurait de la bonne compréhension des patientes : *«après je demande si elles ont des questions»* (P3C). Ils étaient disponibles pour leur répondre : *«j'leur dis surtout de ne pas hésiter si… y a pas de question bête qu'il faut venir euh si y a un doute»* (P2C), *«Et puis si vous avez des questions entre-temps vous hésitez pas à m'appeler»* (P3C).

Ils avaient une vision générale qui expliquait la durée de certaines consultations : *«on a une vision encore plus globale de nos patients et du coup, [c'est source à] débordement, à digression. Nous on a notre casquette de généraliste et que bien souvent euh on on aborde d'autres choses en fait»* (P2C).

5.4.3. Nécessité d'un temps dédié valorisé pour le suivi de grossesse

Il ressortait la volonté d'une consultation spécifique pour le suivi de grossesse avec une rémunération valorisant le temps passé : *«on aurait une une consultation dédiée de premier entretien de grossesse, […] où on peut prendre une demi-heure avec une vraie cotation en en lien avec ça, euh ça serait bien»* (P1C), *«c'qui serait intéressant aussi, c'est que sur le modèle de la première consultation contraception, qu'on ait une consult fin qu'on ait aussi une une cotation dédiée euh pour ça euh ce serait chouette»* (P2C).

Pour l'un d'entre eux, le fait de valoriser les consultations complexes était un non-sens, car l'offre de soin était déjà largement insuffisante : *«quand on aura l'temps un jour quand y aura plus de médecins quoi !»* (P5P). Il ne souhaitait pas dépasser les créneaux de 20 minutes afin de permettre de maintenir une meilleure offre de soins : *«moi quand j'dis c'est 20 minutes, c'est 20 minutes ! Et puis on fait c'qu'on peut en 20 minutes»* (P5P).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La méthode qualitative par entretien semi-dirigé semblait adaptée pour cette étude. L'idée d'un groupe focalisé a été écartée afin d'éviter une restriction d'expression par un effet « leader ».

L'objectif de cette étude n'était pas révélé *a priori*, ni pendant l'entretien, ce qui permettait une spontanéité des échanges. Cela évitait aussi aux médecins interrogés de réaliser des recherches préparatoires à l'entretien.

L'ensemble des entretiens a été réalisé en présentiel pour favoriser le dialogue. La plupart des entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé avec un discours plus normé vers la pratique, mais certains ont eu lieu au domicile des médecins permettant une discussion plus libérée.

Les caractéristiques de l'échantillon des participants approchaient la variation maximale.

Les entretiens et l'analyse ont été effectués par deux chercheurs novices, médecins généralistes remplaçantes. Le fait d'être deux chercheurs a permis une confrontation des idées. En cas de désaccord, une triangulation des données était facilement réalisée.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Acceptabilité et freins des médecins

Les médecins interrogés semblaient globalement favorables à la recommandation de vaccination coqueluche pendant la grossesse.

Dans l'étude PREVACOQ-02 faite en 2016 auprès de médecins généralistes, gynécologues et sage-femmes, 93,2 % étaient favorables à cette nouvelle recommandation (21). Les freins à la vaccination étaient : l'âge supérieur à 45 ans, conseiller l'homéopathie pour la prévention antigrippale, penser qu'administrer un vaccin inactivé pendant la grossesse pouvait provoquer

un accouchement prématuré et penser que le vaccin dTPca pouvait être dangereux au cours de l'allaitement. Le fait d'appliquer la stratégie cocooning, de vacciner contre la grippe pendant la grossesse, d'avoir de bonnes connaissances sur la coqueluche et de croire que la nouvelle recommandation protégerait davantage le bébé étaient au contraire en lien avec une meilleure acceptation de cette recommandation.

Une thèse réalisée en Normandie notait que 97,6 % des médecins généralistes interrogés étaient favorables à la vaccination contre la coqueluche pendant la grossesse (27). Les freins retrouvés dans cette thèse étaient surtout la crainte de risques fœtaux et d'effets indésirables du vaccin.

La crainte de la répétition de la vaccination ressortait chez les interrogés, contrairement aux deux études précédentes.

Dans la littérature, la sécurité de la répétition des vaccins pour les rappels à 5 ou 10 ans est plutôt bien définie (28), (29). Une étude de cohorte menée chez les femmes vaccinées depuis moins de 2 ans, entre 2 à 5 ans avant et depuis plus de 5 ans par un vaccin antitétanique, ne retrouvait pas d'effet indésirable à la suite de répétitions du vaccin dTPca (25). Cependant, il n'a pas été trouvé d'étude concernant la sécurité de la répétition tous les 1 à 2 an(s) pour des grossesses rapprochées.

Aux Etats Unis, il n'a pas été rapporté d'augmentation de réaction d'Arthus (réaction immunitaire grave au point d'injection) depuis l'instauration en 2013 de la vaccination coqueluche pendant la grossesse (31).

Certains médecins s'interrogeaient aussi concernant d'éventuelles recommandations vaccinales contre la coqueluche pour les professionnels de santé ou de la petite enfance.

Il existe des recommandations pour les professionnels (32). Les personnes concernées sont :

- les professionnels soignants y compris dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et tout particulièrement les professionnels en contact avec les nourrissons de moins de 6 mois,
- les étudiants médicaux ou paramédicaux,
- les professionnels de la petite enfance,
- les personnes effectuant des baby-sittings réguliers.

Les modalités sont les suivantes (33) :

- S'il n'y a pas eu de vaccination antérieure contre la coqueluche, pas de vaccin anticoquelucheux depuis l'âge de 18 ans et le dernier rappel supérieur à 5 ans : administration d'une dose de vaccin dTPca en respectant un délai minimal d'un mois par rapport au dernier vaccin dTP.
- Les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche (vaccin dTPca).
- L'immunité coquelucheuse après maladie naturelle est de l'ordre d'une dizaine d'années. Il n'y a pas lieu de vacciner les personnes éligibles à la vaccination moins de 10 ans après une coqueluche documentée. En revanche, une injection de rappel est recommandée aux personnes éligibles ayant contracté la maladie plus de 10 ans auparavant.

Ces recommandations, seront-elles remises en question compte tenu de la recommandation de vaccination coqueluche chez les femmes enceintes ?

2.2. Acceptabilité et freins des patientes selon les médecins

Les médecins interrogés ici pensaient que les patientes étaient globalement favorables. L'adhésion était favorisée par l'explication du mécanisme, la protection du nourrisson, les informations scientifiques, un discours uniforme entre les différents professionnels, mais aussi par la confiance accordée au médecin.

Dans l'étude PREVACOQ-01 de 2016, 77 % des femmes interrogées auraient accepté la vaccination coqueluche pendant la grossesse si elle leur avait été proposée. Les femmes de plus de 33,5 ans, ayant déjà refusé un vaccin ou qui pensaient avoir un risque faible ou nul de contracter la coqueluche, étaient plus frileuses à se faire vacciner.

Les femmes ayant connaissance des risques de la coqueluche, ayant été informées pendant la grossesse, ayant été vaccinées contre la grippe, pensant que la stratégie cocooning et la vaccination pendant la grossesse sont des moyens de protection du nourrisson, étaient plus en faveur de cette vaccination (23).

Dans une thèse réalisée en Normandie, l'acceptabilité des patientes était plutôt bonne car seulement 11,2 % des médecins éprouvaient des difficultés pour obtenir l'adhésion des patientes (27).

La confiance envers le professionnel de santé favorisait également l'acceptation vaccinale par les patients dans l'étude PREVACOQ-01 (23) et dans une étude anglaise réalisée en 2012 (34).

2.3. Quelle place pour le médecin généraliste dans les suivis gynéco-obstétriques ?

Lors des entretiens, les interrogés ont mis en évidence le facteur temps et la volonté d'une valorisation des consultations de suivi gynéco-obstétriques. La création d'une cotation pour les consultations de gynécologie permettrait de revaloriser les compétences du médecin généraliste, et d'accorder du temps à ces consultations avec une rémunération adéquate.

Les médecins généralistes ont envie de suivre des grossesses, mais ne se sentent pas assez bien formés pour réaliser un suivi de qualité (35). Le manque de sollicitation est une difficulté retrouvée pour la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes. Les médecins généralistes se sentent dépossédés du suivi obstétrical, ceci explique parfois leur manque d'investissement et l'absence de mise à jour des connaissances dans ce domaine.

Le mauvais rapport entre le temps de consultation, le coût du matériel et la rémunération de la consultation est une autre difficulté retrouvée selon plusieurs thèses : en Indre et Loire en 2013 (36), dans les Landes en 2022 (37), et dans les Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence en 2016 (38).

La plupart des médecins généralistes pensent que les consultations de gynécologie et obstétrique font partie de leur mission : notamment en Pays de la Loire où 77 % des médecins généralistes en sont convaincus, contre seulement 56 % sur le plan national (39). En ce qui concerne le suivi de grossesse, selon une étude réalisée en 2014-2015, 84 % des médecins généralistes pensent que cela fait partie de leur mission, mais seulement 57 % d'entre eux ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente pour ce motif (40).

Les femmes enceintes ne sont pas assez informées de la compétence des médecins généralistes dans les suivis gynécologiques et obstétricaux (41). Les patientes ignorent le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique, car seulement 19,1 à 32,6 % des femmes savent qu'il peut faire des consultations de suivi gynécologique (41,42). Elles privilégient les gynécologues pour leur suivi, car ils leur semblent plus spécialisés. Selon plusieurs études, 77 à 88 % de femmes font leur suivi gynécologique par une gynécologue, seulement 6 à 19,5 % par un médecin généraliste et 5,6 à 7 % par les sage-femmes (41–43). Le suivi de grossesse était lui effectué à 82,5 % par les gynécologues, à 13,4 % par les médecins généralistes et à 11,3 % par les sage-femmes (41).

Cependant, si leur suivi gynécologique est fait par leur médecin généraliste et que celui-ci propose clairement de suivre la grossesse, elles peuvent choisir leur professionnel pour assurer le suivi de grossesse (44). D'autant que leur médecin généraliste est souvent plus proche géographiquement : un critère majeur dans leur choix (45).

2.4. Comment mieux collaborer avec les autres professionnels de santé ?

Les médecins interrogés soulevaient leurs difficultés de communication, voire une absence de communication, avec les autres professionnels intervenant dans les suivis de grossesse. Il était important pour eux d'avoir les éléments d'informations vis à vis du suivi de grossesse en cours, notamment quand la patiente les consultait pour un autre motif.

Dans une thèse réalisée en 2015, les médecins généralistes constatent un manque de communication entre les professionnels dans le domaine de la périnatalité. Cela ne les encourage pas à suivre les grossesses. Ils constatent également que les patientes se tournent spontanément vers les gynécologues ou sage-femmes pour le suivi obstétrical et consultent le médecin généraliste uniquement en cas de problème aigu. Dans ces cas-là, ils déplorent l'absence fréquente d'accès au dossier de suivi obstétrical. Des carnets de suivi de grossesse du Conseil Régional existent, mais uniquement sous format papier, donc les gynécologues les utilisent peu et les patientes oublient souvent de les emmener en consultation. Aussi, les gynécologues n'envoient pas de compte-rendu de consultation, mais seulement un courrier après la naissance de l'enfant (46).

Des réseaux de santé périnataux (RSP) ont été créés en 2006 à la suite du Plan Périnatalité. Leur objectif était de pallier le manque de coordination ville-hôpital (47). Malheureusement, la plupart des médecins généralistes ne sont pas informés de leur existence (46). D'après une thèse angevine, les médecins généralistes qui ont intégré ces réseaux déplorent le manque d'information concernant les formations proposées et des problématiques en décalage avec leur pratique. Aussi, peu de médecins généralistes ont intégré ces réseaux (48). Beaucoup de médecins ont tout de même développé un réseau informel incluant des professionnels de la même région (48). Les rencontres interprofessionnelles permettent de mieux se connaître et donc de mieux prendre en charge les patientes (48).

Les sage-femmes, gynécologues et médecins généralistes déplorent le manque de communication entre eux… Certains envisageaient la diffusion d'un carnet de maternité papier à remplir par chaque professionnel. D'autres pensaient qu'il fallait plutôt développer des solutions informatisées : le DMP, ou encore un site dédié comme pour les inscriptions en EHPAD… (48).

2.5. Comment assurer la traçabilité des injections vaccinales ?

En interrogeant les médecins généralistes, on constate qu'ils étaient préoccupés par les enjeux de traçabilité vaccinale. Ils étaient à la recherche d'un moyen intuitif, informatisé, accessible aux différents professionnels et facile d'utilisation pour tracer les vaccins reçus.

Un article de la revue *Médecine et Maladies Infectieuses* de 2017 a évalué l'intérêt du carnet de vaccination électronique (CVE), *Mesvaccins.net*, chez les patients atteints du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Celui-ci permettait d'avoir une source unique et exhaustive de l'historique vaccinal en mettant le patient au centre de sa prise en charge. Il assurait le partage des informations avec l'ensemble des professionnels de santé. Pour une utilisation optimale, il devrait être intégré aux logiciels de gestion du dossier patient pour une mise à jour automatique et ainsi éviter la double saisie (49).

L'utilisation de ce CVE est préconisée par la HAS depuis 2018. En effet, les supports multiples présents, actuellement, ne permettent pas une traçabilité efficace. D'autant plus depuis l'élargissement des compétences en matière de vaccination aux infirmiers, pharmaciens et sage-femmes. Il est indispensable de développer un outil unique et informatisé, partagé entre les professionnels de santé. L'objectif est également de consolider les dossiers de vaccination des professionnels de santé en envoyant des rappels automatiques de vaccination pour chaque patient. La HAS travaille au développement de ce support (50).

2.6. Comment informer les médecins généralistes des nouvelles recommandations ?

Dans les résultats de l'étude, certains médecins rapportaient un besoin d'information, mais aussi de temps pour pouvoir appliquer une nouvelle recommandation. Il faut le temps de comprendre la recommandation et ses modalités d'application. Il y a donc toujours un délai entre la publication d'une recommandation et son application en temps réel, ce délai est variable selon les recommandations et les médecins. Il n'a pas été trouvé dans la littérature d'étude sur le délai moyen entre la publication d'une recommandation et son application.

Les médecins généralistes interrogés éprouvaient une volonté de rester à jour et informés des dernières recommandations afin d'exercer une médecine fondée sur les preuves. Ceci n'était pas toujours facile, par manque de temps, d'outils adaptés et d'une difficulté à trier les informations importantes dans le flux continu de nouvelles.

Depuis 2009, le développement personnel continu (DPC) est obligatoire pour les médecins libéraux (51), il en va donc de la responsabilité du médecin de se tenir formé et informé des actualités médicales. Selon deux études publiées en 2018, les médecins s'informent de plus en plus sur Internet au détriment de la presse papier (52). Ils privilégient les sites des autorités de santé (53). Le médecin est confronté à trois niveaux de lecture : les alertes sanitaires, les recommandations institutionnelles et les informations relatives à l'actualité médicale (53).

Même si la formation continue est de la responsabilité du médecin généraliste, une note d'information concernant la nouvelle recommandation aurait pu être envoyée par courriel systématique, mais cela n'a pas été le cas. Les médecins auraient également pu recevoir une note d'information papier à leur cabinet. Est-il envisageable de créer un site d'autorité de santé qui enverrait mensuellement au médecin les nouvelles recommandations le concernant selon sa spécialité ?

A un an de la publication de la recommandation de vaccination coqueluche chez les femmes enceintes, selon une thèse réalisée en Normandie, 89,3 % des médecins généralistes interrogés en étaient informés et 83,5 % en avaient eu connaissance dans les 6 mois après sa parution. Ces médecins proposaient la vaccination à 87,7 % (27).

3. Perspectives

3.1. Comment informer les femmes enceintes pour qu'elles soient actrices de leur suivi ?

Dans les entretiens, on note que certains médecins ont été informés de la vaccination par le biais de leurs patientes. Les patients sont de plus en plus acteurs de leur santé et de plus en plus informés en matière de prévention, notamment via Internet (54).

Mais s'il existe une campagne de vaccination contre la grippe avec envoi de bulletin de prise en charge au patient concerné (55), une sensibilisation au dépistage du cancer du sein, cancer du col de l'utérus (56) et cancer colorectal (57) avec envoi d'invitation par l'assurance-maladie, ainsi qu'une campagne de vaccination contre le papillomavirus dans les collèges depuis septembre 2023 (58), il n'existe pas de campagne d'information nationale pour la vaccination coqueluche chez les femmes enceintes.

Il serait intéressant qu'une fois la déclaration de grossesse effectuée, les patientes reçoivent par voie postale ou sur leur compte Ameli l'information de cette nouvelle vaccination possible pendant la grossesse. Cela pourrait initier la discussion entre patientes et médecins autour de la vaccination et de la protection fœtale.

3.2. Vers un vaccin monovalent ?

Dans les résultats, on constate que certains médecins apprécieraient l'arrivée d'un vaccin monovalent. Leur vœu pourrait être exaucé dans les prochaines années. En effet, un vaccin monovalent intranasal est actuellement en développement : le BPZE1 (59). Il s'agit d'un vaccin vivant anticoquelucheux qui a pour objectif de limiter les symptômes, la transmission et la

colonisation des muqueuses. Aux Etats-Unis, une étude randomisée en double aveugle a évalué son efficacité et sa sûreté. Elle ne retrouve pas d'effets indésirables graves. Elle démontre une efficacité supérieure au vaccin dTPca :

- 90 % des personnes n'ont aucune colonie bactérienne nasale après vaccination et le reste des personnes ont une colonisation faible (< 260 colonies/mL).
- Les personnes vaccinées avec le vaccin dTPca ont, quant à elles, une colonisation bactérienne nasale importante dans 70 % des cas (14 325 colonies/mL).
- L'infection s'améliore plus rapidement chez les personnes ayant reçu le vaccin nasal (60).

Ce vaccin permettrait de limiter la transmission et donc d'endiguer les épidémies. Une dose unique de vaccin intranasal permet de protéger au moins autant que 2 injections de vaccins acellulaires (dTPca). Une dose de vaccin procurerait donc une immunité suffisante (61).

Cependant, ce vaccin vivant ne sera probablement pas indiqué pour la femme enceinte… Un vaccin monovalent inactivé sera-t-il développé un jour ?

CONCLUSION

Malgré quelques interrogations, la vaccination coqueluche chez la femme enceinte est plutôt bien acceptée par les médecins généralistes. On remarque qu'une fois qu'ils comprennent le mécanisme d'action, l'application des recommandations est plus facile. Ils parviennent ainsi à expliquer l'intérêt du vaccin aux patientes qui l'acceptent aisément.

La traçabilité vaccinale semble être une préoccupation essentielle pour le médecin généraliste. Un carnet de vaccination unique, informatisé, consultable par l'ensemble des professionnels et simple d'utilisation est vivement attendu.

Aussi, certains seraient en faveur de la commercialisation d'un vaccin monovalent contre la coqueluche pour vacciner les femmes enceintes. Cela éviterait la vaccination avec les valences diphtérie, poliomyélite et tétanos qui n'ont pas d'intérêt dans cette indication. Des recherches sont en cours pour le développement d'un vaccin monovalent intranasal.

Ce travail de recherche fait aussi ressortir une problématique plus large : quelle est la place du médecin dans les suivis gynéco-obstétriques ? Les patientes ne sont pas toujours informées de la capacité des médecins généralistes à suivre les grossesses : il est indispensable de leur présenter les différents interlocuteurs à leur disposition. Les patientes restent libres du choix du professionnel. Si un autre professionnel intervient pour le suivi, il semble indispensable de réfléchir au développement d'un moyen de communication interprofessionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Item 163 - Coqueluche. In: ECN Pilly [cité 7 mars 2023]. p. 188-93. Disponible sur: https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/pilly-etudiant/ecn-2020-163-web.pdf

2. INSERM. 2017 [cité 6 mars 2023]. Coqueluche · La « toux des 100 jours » est revenue. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/coqueluche/

3. Posfay-Barbe KM. La coqueluche: une maladie à ne pas oublier. Rev Med Suisse. 22 févr 2006;054:503-11.

4. Note de synthèse: Position de l'OMS concernant les vaccins anticoquelucheux. Rev Epidémiologique Hebd. Aout 2015;(35):433-58.

5. ECDC European centre for disease prevention and control. Pertussis: Annual Epidemiological Report for 2018.

6. Santé Publique France. Coqueluche en France : données 2020-2021. 7 déc 2022 [cité 7 mars 2023]; Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/lesactualites/2022/coqueluche-en-france-donnees-2020-2021

7. de Greeff SC, Mooi FR, Westerhof A, Verbakel JMM, Peeters MF, Heuvelman CJ, et al. Pertussis Disease Burden in the Household: How to Protect Young Infants. Clin Infect Dis. 15 mai 2010;50(10):1339-45.

8. Cohen R, Gaudelus J, Denis F, Stahl JP, Chevaillier O, Pujol P, et al. Couverture vaccinale contre la coqueluche chez les parents français de nourrissons après 10 ans de stratégie du cocooning. Médecine Mal Infect. 1 juin 2016;46(4):188-93.

9. Lefebvre M, Grossi O, Chalopin M, Ferré C, Prel E, Coutherut J, et al. Acceptance of pregnant women's vaccination against pertussis among French women and health professionals: PREVACOQ-1 and -2 studies. Médecine Mal Infect. 1 nov 2019;49(8):593-601.

10. Lempereur de Guerny MC, Scauflaire M, Crabot D, Le Cossec C, Partouche H. Vaccination contre la coqueluche au sein de trois populations d'adultes concernées par le cocooning en Île-de-France. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 nov 2017;65(6):389-95.

11. Cohen R, Gaudelus J, Denis F, Stahl JP, Chevaillier O, Pujol P, et al. Pertussis vaccination coverage among French parents of infants after 10years of cocoon strategy. Médecine Mal Infect. 1 juin 2016;46(4):188-93.

12. Quinn HE, Snelling TL, Habig A, Chiu C, Spokes PJ, McIntyre PB. Parental Tdap Boosters and Infant Pertussis: A Case-Control Study. Pediatrics. 1 oct 2014;134(4):713-20.

13. Healy CM, Rench MA, Baker CJ. Implementation of Cocooning against Pertussis in a High-Risk Population. Clin Infect Dis. 15 janv 2011;52(2):157-62.

14. Niewiesk S. Maternal Antibodies: Clinical Significance, Mechanism of Interference with Immune Responses, and Possible Vaccination Strategies. Front Immunol [Internet]. 16 sept 2014 [cité 3 avr 2023];5. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2014.00446/full

15. Ladhani SN, Andrews NJ, Southern J, Jones CE, Amirthalingam G, Waight PA, et al. Antibody Responses After Primary Immunization in Infants Born to Women Receiving a Pertussis-containing Vaccine During Pregnancy: Single Arm Observational Study With a Historical Comparator. Clin Infect Dis. 1 déc 2015;61(11):1637-44.

16. Eberhardt CS, Blanchard-Rohner G, Lemaître B, Boukrid M, Combescure C, Othenin-Girard V, et al. Maternal Immunization Earlier in Pregnancy Maximizes Antibody Transfer and Expected Infant Seropositivity Against Pertussis. Clin Infect Dis. 1 avr 2016;62(7):829-36.

17. Gonik B, Puder KS, Gonik N, Kruger M. Seroprevalence of Bordetella pertussis Antibodies in Mothers and their Newborn Infants. Infect Dis Obstet Gynecol. NaN/NaN/NaN;13:59-61.

18. Healy CM, Munoz FM, Rench MA, Halasa N, Edwards KM, Baker CJ. Prevalence of Pertussis Antibodies in Maternal Delivery, Cord, and Infant Serum. J Infect Dis. 15 juill 2004;190(2):335-40.

19. Hardy-Fairbanks AJ, Pan SJ, Decker MD, Johnson DR, Greenberg DP, Kirkland KB, et al. Immune Responses in Infants Whose Mothers Received Tdap Vaccine During Pregnancy. Pediatr Infect Dis J. nov 2013;32(11):1257.

20. HAS. Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte. avr 2022;79.

21. Ferrer-Frassaint C. La vaccination coqueluche chez la femme enceinte : rationnel et acceptabilité chez les professionnels de santé en Loire-Atlantique : étude prevacoq-02. Nantes; 2017.

22. Gaudelus J. Coqueluche : renforcer la prévention par la vaccination. Rev Prat Médecine Générale. 2010;24(845):561-2.

23. Chalopin Jaulin M. La vaccination coqueluche chez la femme enceinte : rationnel et acceptabilité chez les mères de nouveau nés en Loire-Atlantique : étude PREVACOQ-01. Nantes; 2017.

24. Lachatre M. Etude GriCoVax [Internet]. Journée du groupe Vaccination-Prévention de la SPILF; 2023 mai 12 [cité 20 juin 2023]. Disponible sur: https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journees-du-groupe-vp/journee-gvp-2023/m-lachatre-gricovax-vaccination-coqueluche-chez-la-femme-enceinte.pdf

25. Boutique La Revue du Praticien [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Initiation à la recherche qualitative en Santé. Disponible sur: https://boutique.larevuedupraticien.fr/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante

26. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Med Hyg. 22 sept 2004;2497:1818-24.

27. Wiart A. État des lieux sur le taux de proposition de la vaccination contre la coqueluche durant la grossesse, par les médecins généralistes de Haute-Normandie.

28. Kovac M, Kostanyan L, Mesaros N, Kuriyakose S, Varman M. Immunogenicity and safety of a second booster dose of an acellular pertussis vaccine combined with reduced antigen content diphtheria-tetanus toxoids 10 years after a first booster in adolescence: An open, phase III, non-randomized, multi-center study. Hum Vaccines Immunother. 2018;14(8):1977-86.

29. Knuf M, Vetter V, Celzo F, Ramakrishnan G, Van Der Meeren O, Jacquet JM. Repeated administration of a reduced-antigen-content diphtheria-tetanus-acellular pertussis and poliomyelitis vaccine (dTpa-IPV; BoostrixTM IPV). Hum Vaccin. juill 2010;6(7):554-61.

30. Sukumaran L, McCarthy NL, Kharbanda EO, McNeil MM, Naleway AL, Klein NP, et al. Association of Tdap Vaccination With Acute Events and Adverse Birth Outcomes Among Pregnant Women With Prior Tetanus-Containing Immunizations. JAMA. 20 oct 2015;314(15):1581-7.

31. Pool V, Mege L, Abou-Ali A. Arthus Reaction as an Adverse Event Following Tdap Vaccination. Vaccines. 14 juill 2020;8(3):385.

32. calendrier_vaccinal_maj-juin23.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_maj-juin23.pdf

33. Avis relatif à la stratégie vaccinale contre la coqueluche chez l'adulte dans le cadre du cocooning et dans le cadre professionnel. J Pédiatrie Puériculture. sept 2014;27(4):214-9.

34. Donaldson B, Jain P, Holder BS, Lindsey B, Regan L, Kampmann B. What determines uptake of pertussis vaccine in pregnancy? A cross sectional survey in an ethnically diverse population of pregnant women in London. Vaccine. 26 oct 2015;33(43):5822-8.

35. Troufléau P. Pratique des jeunes médecins généralistes remplaçants ou installés dans le suivi de grossesse des patientes [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université

du droit et de la santé; 2017 [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M476.pdf

36. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative. Biol Cell. 2013;

37. Vanderstraeten M. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes: une étude quantitative descriptive.

38. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. 2016.

39. Observatoire régional de la santé, union régionale des médecins libéraux. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. N°15. 2016 [cité 3 avr 2024]; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_panel3_mg_suivi_gyneco_15.pdf

40. Direction de le recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 2016 [cité 3 avr 2024]; Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er977.pdf

41. Timsit C, Nogrel C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes. France; 2018.

42. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention: étude menée en région PACA.

43. Chevalier L. Le suivi gynécologique de prévention: évaluation du suivi gynécologique de prévention et de la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes.

44. Darreye A. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions [Thèse d'exercice]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.

45. Passelande H, Branger B. Suivi de grossesse en Vendée, résultats et déterminants du suivi par le généraliste: enquête quantitative par auto-questionnaire sur quatre maternités de Vendée. Nantes, 2018 [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=f791a410-9550-4a6e-bbe3-293bdfdb38c1

46. Dapoigny S. Représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes. 24 sept 2015;39.

47. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=39846

48. Ferron-Delahaye C. Coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte: comment les professionnels envisagent-ils son amélioration ? [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2019 [cité 27 mars 2024]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20090365/2019MCEM10705/fichier/10705F.pdf

49. Lamand V, Le Garlantezec P, Andriamanantena D, Rapp C, Ficko C. Couverture vaccinale des personnes vivant avec le VIH : évaluation et promotion du carnet de vaccination électronique. Médecine Mal Infect. juin 2017;47(4, Supplement):S129-S129.

50. Haute Autorité de Santé. 2022 [cité 4 avr 2024]. Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes chez les adolescents de plus de 16 ans et les adultes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312462/fr/elargissement-des-competences-en-matiere-de-vaccination-des-infirmiers-des-pharmaciens-et-des-sages-femmes-chez-les-adolescents-de-plus-de-16-ans-et-les-adultes

51. Chapitre III : Développement professionnel continu (Articles L4133-1 à L4133-7) - Légifrance. [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171279/2009-07-23

52. Comment s'informent les médecins ? [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.esanum.fr/today/posts/comment-sinforment-les-medecins

53. Le Quotidien du Médecin. [cité 6 mars 2024]. Comment rester bien informés. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/installation/comment-rester-bien-informes

54. Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Information sur la santé dans Internet. Can Fam Physician. mai 2014;60(5):419-20.

55. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2023-2024. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/les-services-aux-patients/vaccination-grippe-saisonniere

56. Dépistages organisés des cancers du sein et du col de l'utérus : les nouveautés 2024. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/loire-atlantique/sage-femme/actualites/depistages-organises-des-cancers-du-sein-et-du-col-de-l-uterus-les-nouveautes-2024

57. Dépistage organisé du cancer colorectal. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/cancer-colorectal/cancer-colorectal-depistage

58. Gouvernement. CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION CONTRE LES HPV EN MILIEU SCOLAIRE. 2023 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/hpv_information_parents_vaccination_college_sept.pdf

59. Jahnmatz M, Richert L, Al-Tawil N, Storsaeter J, Colin C, Bauduin C, et al. Safety and immunogenicity of the live attenuated intranasal pertussis vaccine BPZE1: a phase 1b, double-

blind, randomised, placebo-controlled dose-escalation study. Lancet Infect Dis. 17 juill 2020;20:1290-301.

60. Keech C, Miller VE, Rizzardi B, Hoyle C, Pryor MJ, Ferrand J, et al. Immunogenicity and safety of BPZE1, an intranasal live attenuated pertussis vaccine, versus tetanus–diphtheria–acellular pertussis vaccine: a randomised, double-blind, phase 2b trial. The Lancet. 11 mars 2023;401(10379):843-55.

61. Mielcarek N, Debrie AS, Raze D, Quatannens J, Engle J, Goldman WE, et al. Attenuated Bordetella pertussis: new live vaccines for intranasal immunisation. Vaccine. 12 avr 2006;24:S54-5.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques 7

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE .....

INTRODUCTION 2

MÉTHODE 5

1. Échantillonnage et recrutement 5

2. Recueil des données 5

3. Analyse 6

4. Ethique 6

RÉSULTATS 7

1. Caractéristiques de la population d'étude 7

2. La vaccination par le médecin généraliste 8

2.1. Le souci d'actualiser leur pratique 8
2.2. Connaissance de la nouvelle recommandation 9
2.3. La confiance envers les vaccins 10
2.4. La compréhension du mécanisme 11
2.5. Les questionnements du médecin généraliste 13
2.5.1. La femme enceinte, une population particulière 13
2.5.2. Mise en doute de l'intérêt 13
2.5.3. Inquiétude de la répétition vaccinale 14
2.6. Besoin d'information 15

3. Et les patientes dans tout ça ? 16

3.1. Une acceptation vaccinale variable 16
3.1.1. Selon le vaccin 16
3.1.2. Selon les patients 16
3.1.3. Selon les générations 17
3.1.4. Selon les époques 17
3.1.5. Selon le médecin 18
3.2. Comment le médecin généraliste aborde-t-il la vaccination coqueluche avec les patientes enceintes ? 19
3.3. Les arguments favorisant l'adhésion des femmes enceintes 20
3.3.1. Protéger le nourrisson 20
3.3.2. Explications du mécanisme 21
3.3.3. Informations sur les données scientifiques 21
3.3.4. Un discours uniforme 22
3.3.5. La connaissance de sa patientèle : un atout pour la vaccination 22
3.4. Une forte acceptation vaccinale 23

4. La traçabilité 24

4.1. Écrire dans le carnet de santé 24
4.2. Une traçabilité variable selon les professionnels ? 24
4.3. Informer les patientes 25
4.4. Partager le même logiciel 25
4.5. Le Dossier Médical Partagé (DMP) 26
4.6. Écrire sur le carnet de santé de l'enfant ? 26
4.7. Communiquer avec les sage-femmes ? 27

4.8. Le médecin généraliste : un coordinateur des soins 28
5. Perspectives 30
5.1. Réflexions autour du schéma vaccinal 30
5.1.1. L'évolution du schéma vaccinal au cours du temps 30
5.1.2. Adaptation par rapport au schéma vaccinal actuel 31
5.1.3. Une recommandation particulière pour les professionnels ? 32
5.2. La stratégie cocooning obsolète ? 32
5.3. Vers un vaccin monovalent ? 34
5.3.1. L'utilité d'un vaccin monovalent 34
5.3.2. Développement d'un vaccin monovalent 34
5.4. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste 35
5.4.1. La place du médecin généraliste par rapport aux sage-femmes.....35
5.4.2. Le médecin généraliste : un interlocuteur de choix 37
5.4.3. Nécessité d'un temps dédié valorisé pour le suivi de grossesse 38
DISCUSSION 40
1. Forces et faiblesses de l'étude 40
2. Discussion des principaux résultats 40
2.1. Acceptabilité et freins des médecins 40
2.2. Acceptabilité et freins des patientes selon les médecins 42
2.3. Quelle place pour le médecin généraliste dans les suivis gynéco-obstétriques ? 43
2.4. Comment mieux collaborer avec les autres professionnels de santé ? 45
2.5. Comment assurer la traçabilité des injections vaccinales ? 46
2.6. Comment informer les médecins généralistes des nouvelles recommandations ? 47
3. Perspectives 48
3.1. Comment informer les femmes enceintes pour qu'elles soient actrices de leur suivi ? 48
3.2. Vers un vaccin monovalent ? 48
CONCLUSION 50
BIBLIOGRAPHIE 51
LISTE DES TABLEAUX 59
TABLE DES MATIERES 60
ANNEXES I

ANNEXES

Annexe 1 : grille COREQ

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ			Dans cette étude
N°	Item	Guide questions/description	
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1.	Enquêteur/animateur	Quels auteurs ont mené les entretiens individuels ?	Les deux chercheurs
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?	Aucun
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecins généralistes remplaçantes
4.	Genre	Les chercheurs étaient-ils des hommes ou des femmes ?	2 femmes
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation des chercheurs ?	Aucune
Relation avec les participants			
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Parfois
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Rien
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Aucune
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Volontariat et par effet boule de neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Face-à-face, courriel, courrier, téléphone
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet médical, domicile

15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	CF Tableau I
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui (audio)
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui (journal de bord)
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne : 26'52
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, suffisance des données décidée avec directrices
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word®/Excel®
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 2 : formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : Vaccination anti-coqueluche pendant la grossesse
Recherche qualitative auprès des médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée.

Question de recherche :
Que pensent les médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée de la vaccination anti-coqueluche pendant la grossesse ?

Réalisation de l'entretien :
Cet entretien est réalisé par…… dans les locaux ……
Il dure de 30 à 60 minutes et est enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?
Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu/expérience/ opinion concernant la vaccination anti-coqueluche pendant la grossesse.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par Pauline Rondeau et par HUBARD Chloé

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse pour le DES de médecine générale, soutenu auprès du DMG de Nantes et Angers et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales après chaque mention :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)_____	Signature (investigateur)_____
Date_____	Date_____
Nom_____	Nom_____

Annexe 3 : guide d'entretien (première et dernière version)

VERSION DU 31 AOÛT 2023 :

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction explicative

1/ Racontez-moi votre dernière consultation de suivi de grossesse ?

2/ Quelles sont les informations que vous délivrez aux femmes enceintes lors de leur suivi ?

2.a) Mettez-vous en place des stratégies de prévention pendant la grossesse ?
→ si oui : comment ?
→ si non : pouvez-vous m'expliquer la raison ?

2.b) Comment faites-vous pour parler de vaccination avec vos patientes enceintes ?

3/ Que pensez-vous de la prévention coqueluche chez les femmes enceintes ?

Si vaccination coqueluche chez femme enceinte non abordée :

4/ Avez-vous été mis au courant des nouvelles recommandations concernant la vaccination coqueluche chez la femme enceinte ?

→ si oui : qu'en pensez-vous ?

→ si non : *explications : "depuis avril 2022, il est recommandé de vacciner les femmes enceintes à chaque grossesse entre 20 et 36 SA dans le but de protéger le nourrisson"*. Qu'en pensez-vous ?

En fin d'entretien : questionnaire papier avec recueil des données démographiques (âge, sexe, lieu d'exercice (rural, urbain), durée d'installation…) + consentement papier.

VERSION DU 02 novembre 2023 :

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction explicative

1/ Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec une femme enceinte ?

2/ Quels conseils prodiguez-vous au cours de la grossesse ?

3/ Comment **parlez-vous** de vaccination avec vos patientes enceintes ?

4/ Que pensez-vous de la prévention coqueluche chez les femmes enceintes ?

Si vaccination coqueluche chez femme enceinte non abordée :

5/ **Depuis avril 2022, il existe de nouvelles recommandations concernant la vaccination coqueluche chez la femme enceinte. Il est recommandé de vacciner les femmes enceintes à chaque grossesse entre 20 et 36 SA dans le but de protéger le nourrisson". Qu'en pensez-vous ?**

- pendant la grossesse ?
- à chaque grossesse ?
- si grossesse rapprochée ?
- peur d'éventuels effets indésirables ?

6/ Trouvez-vous un intérêt à cette vaccination ?

- Si non pourquoi ?

7/ Comment communiquez avec les autres professionnels qui suivent les grossesses ?

(Comment expliquez-vous à votre patiente que vous refusez de la vacciner ?)

En fin d'entretien : questionnaire papier avec recueil des données démographiques (âge, sexe, lieu d'exercice (rural, urbain), durée d'installation…) + consentement papier.

Annexe 4 : autorisation CNIL

Je certifie l'exactitude des informations renseignées et m'engage à mettre en œuvre la recherche dans les conditions précitées ci-dessus.

Je m'engage à respecter la méthodologie de référence MR-004 prévue par la Délibération Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004)

Nom et signature du chercheur principal : HUBARD Chloé

Nom, signature et tampon du Directeur/Responsable de la recherche : Dr d'Orgeval Tiphaine

A : Nantes

Le : 13/03/2024

Avis de la Déléguée à la protection des données d'Université de Nantes Université : Favorable à la mise en œuvre du traitement.

A : Nantes

Le : 09/04/2024

☒ Conforme à la MR-004 ☐ Non conforme à la MR-004

HUBARD Chloé & RONDEAU Pauline

Que pensent les médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée de la vaccination coqueluche chez les femmes enceintes ?

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis avril 2022, il est recommandé de vacciner les femmes enceintes contre la coqueluche. L'objectif est de transmettre des anticorps au fœtus pour le protéger dans ses premiers mois de vie. Pour obtenir une couverture vaccinale suffisante, les professionnels de santé doivent être convaincus de l'intérêt de cette vaccination. Les nouvelles recommandations peuvent faire naître des interrogations ou des doutes chez les médecins généralistes. Cette thèse avait donc pour objectif de rechercher ce que pensaient les médecins généralistes de cette vaccination coqueluche chez la femme enceinte.

Méthode : Étude qualitative réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée.

Résultats : Les médecins interrogés étaient en faveur de la vaccination coqueluche chez la femme enceinte dans l'objectif de protéger le nourrisson. L'explication de l'intérêt de cette vaccination pour le nourrisson permettrait selon eux une bonne adhésion des femmes enceintes. Certains soulevaient la question des vaccins répétés et des éventuels effets indésirables pour la femme. D'autres proposaient le développement d'un vaccin monovalent coqueluche dans cette indication pour éviter la vaccination avec le vaccin tétravalent, actuellement disponible. La plupart rapportaient une inquiétude quant à la traçabilité vaccinale et au manque de communication entre les professionnels. La question de la place du médecin généraliste dans les suivis de grossesse était aussi souvent interrogée.

Conclusion : Le médecin généraliste reste un acteur primordial de prévention et saura aborder la question de la vaccination coqueluche avec ses patientes. Les patientes sont maîtresses de leur suivi. Elles doivent être informées de la capacité du médecin généraliste à suivre les grossesses et de l'intérêt des vaccins pour leur santé et celle du nourrisson. Le développement d'un carnet de vaccination unique et informatisé est vivement attendu afin de garantir une traçabilité vaccinale optimale. Aussi, le suivi de grossesse étant souvent pluriprofessionnel, il est indispensable d'améliorer la communication interprofessionnelle.

Mots-clés : vaccin coqueluche, grossesse, médecin généraliste, traçabilité vaccinale

What do general practitioners (GP) of Loire-Atlantique and Vendée think of pertussis vaccination during pregnancy?

ABSTRACT

Introduction: Since April 2022, pertussis vaccination is recommended during pregnancy. The aim is to give pertussis antibodies to the foetus for protection during the first months of his life. To obtain enough vaccination coverage, healthcare providers need to be convinced of the point of this vaccination. New recommendations can create questioning and doubts among GP. This study aims to collect GP opinion about pertussis vaccination during pregnancy.

Method: Qualitative study by semi-structured interview with thirteen GP of Loire-Atlantique and Vendée.

Results: Interviewed GP supported pertussis vaccination among pregnant women with the aim of protecting infants. Explaining the goal of this vaccination enables better compliance from pregnant women. Some GP questioned repeated vaccinations and potential adverse effects for pregnant women. Moreover, some of them suggested to develop a monovalent vaccine to avoid vaccination with the tetravalent vaccine currently available. They were worried about vaccine traceability and lack of communication between healthcare providers. GP's position in pregnancy monitoring was often questioned.

Conclusion: GP stay an essential prevention operator. He will know how to discuss vaccination with his patients. Pregnant women are agents of their pregnancy monitoring. They should know GP's ability to follow their pregnancy and importance of vaccination for their health and their infants' health. Development of a unique and digital vaccination record is expected to assure an optimal vaccine traceability. Otherwise, pregnancy monitoring is often multidisciplinary, it is necessary to improve communication between healthcare providers.

Keywords: pertussis vaccine, pregnancy, general practitioner, vaccine traceability

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS