UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014 **N°…….**

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Marjorie ALLAIS

Née le 16 Novembre 1985 au Mans

Coralie LEVESQUE-PIFFAUT

Née le 09 Mai 1984 à Reims

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juin 2014

Pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes, à partir de l'exemple de la seconde injection de la vaccination ROR chez les nourrissons. Etude qualitative auprès de pédiatres et de médecins généralistes du Maine-et-Loire.

Présidente : Madame le Professeur BARON Céline

Directrices : Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine et Madame le Docteur MASSON-BELLANGER Cécile

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. PROCACCIO
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes

GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation médicale
MERCIER Philippe	Anatomie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

AUGUSTO Jean-François	Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline	Médecine générale
CAILLIEZ Éric	Médecine générale
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien	Neurologie
CHEVAILLER Alain	Immunologie
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
CONNAN Laurent	Médecine générale
CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
de CASABIANCA Catherine	Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; Transfusion
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie	Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
PAPON Xavier	Anatomie
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

octobre 2013

COMPOSITION DU JURY

Présidente du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Directrices de thèse :

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine et Madame le Docteur MASSON-BELLANGER Cécile

Membres du jury :

Monsieur le Professeur GINIES Jean-Louis

Monsieur le Docteur LEBOUCHER Bertrand

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine

Madame le Docteur MASSON-BELLANGER Cécile

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Céline BARON, d'avoir accepté de présider le jury de notre thèse et de nous avoir permis d'avancer dans notre travail grâce à vos conseils avisés lors des ateliers thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis GINIES, d'avoir accepté d'être membre du jury, d'avoir participé à notre formation et nous avoir fait aimer à la pédiatrie.

A Monsieur le Docteur Bertrand LEBOUCHER, d'avoir accepté d'être membre du jury et de nous avoir donné des conseils avisés sur ce sujet passionnant qu'est la vaccination.

A Monsieur le Docteur Patrick MARAIS, d'avoir accepté d'animer nos focus groupes avec simplicité et enthousiasme.

Aux pédiatres et médecins généralistes présents lors des focus groupes, d'avoir pris le temps de participer à ce travail de thèse.

A Mesdames les Docteurs Catherine DE CASABIANCA et Cécile MASSON-BELLANGER, d'avoir dirigé notre thèse avec simplicité et efficacité. Pour vos précieux conseils et corrections, pour nous faire partager votre amour de la médecine générale et pour tous les bons moments passés ensemble, mille mercis.

REMERCIEMENTS DE CORALIE

Aux médecins qui, ces dernières années, ont su m'aider à trouver le sens et la profondeur de notre profession, participant ainsi à ma « formation humaine ». Je pense en particulier à vous Cécile et Catherine, mais aussi au Docteur Marie-Pierre Ombredane, au Docteur Olivier Bickert et au Professeur Hamy.

Aux copains d'ici et d'ailleurs, médecins ou non, qui ont traversé avec moi les joies et les galères de ces onze dernières années !

A Véro.

A mes parents, pour tout !
A mes frères et mes jolies belles-sœurs.
A mes grands-parents.
A Ju et Joséphine.

A Charles-Edouard, mon mari.

Merci !

REMERCIEMENTS DE MARJORIE

A Alice, ma merveille qui me surprend chaque jour.

A mes parents, je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté, pour votre amour inconditionnel et pour votre soutien.

A Vincent, merci pour ton soutien toutes ces années.

A mes grands-parents et toute ma famille.

A Madé, François, Tony et Hélène.

A Aurélie, Simon, Amélie, Matthieu, Lulu, Gilles, Marine, Nico, Rima, Amélie, Fédoua, Narco, Anna, Antho, Anne-Laure, Ju, Léo, Daoud, Caro, Valmont, Morgane et Ludo.

A mes co-internes et équipes médicales et para-médicales que j'ai rencontrés lors des mes différents stages.

A Cécile et Catherine, je suis très heureuse de vous avoir rencontrées, merci pour tout.

Et à toi, Co, merci de m'avoir embarquée dans cette belle aventure !

Enfin, une pensée pour toi Baptiste, tu nous manques.

Je vous embrasse tous fort.

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTP : Diphtérie - Tétanos – Poliomyélite

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut national de veille sanitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

ROR : Rougeole - Oreillons - Rubéole

SADM : Systèmes d'aide à la décision médicale

PLAN

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE
1. Principe
2. Déroulement d'un focus groupe
3. Nos focus groupes
   3.1. Le guide d'entretien
   3.2. Les acteurs
   3.3. Organisation des séances
   3.4. Méthode d'analyse

RESULTATS
1. Résultats des focus groupes des médecins généralistes
   1.1. Caractéristiques des médecins généralistes présents
   1.2. Les pratiques des médecins généralistes
   1.3. Les réticences des parents
   1.4. Les réponses des médecins généralistes
   1.5. Les explications des médecins généralistes
2. Résultats des focus groupes des pédiatres
   2.1. Caractéristiques des pédiatres présents
   2.2. Les pratiques des pédiatres
   2.3. Les réticences des parents
   2.4. Les réponses des pédiatres
   2.5. Les explications des pédiatres

DISCUSSION
1. Discussion de la méthode
   1.1. Intérêts de nos focus groupes
   1.2. Limites de nos focus groupes
2. Discussion des résultats
   2.1. Les pratiques
   2.2. Les réticences parentales comme une des explications au défaut de couverture vaccinale
   2.3. Les autres causes du défaut de couverture vaccinale

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Avec 30 millions de personnes atteintes et 875 000 décès chaque année dans le monde, la rougeole est la principale cause de décès par maladie à prévention vaccinale (1).

L'introduction d'une dose de vaccin anti-rougeoleux dans le calendrier vaccinal français en 1983 puis d'une seconde dose en 1997 a permis de faire progressivement diminuer le nombre de cas, passant de 331 000 cas en 1986 à un peu moins de 5000 cas en 2004 pour atteindre 40 cas en 2007 (2).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiait en 2004 un plan mondial de lutte contre la rougeole et la rubéole congénitale (3). Actualisé en 2012, il visait notamment l'éradication de ces deux maladies d'ici 2020, dans au moins cinq régions du monde dont la Région Europe (4). Il fixait pour cela un objectif du taux de couverture vaccinale à 95% de la population et recommandait également que plus de 80% de la population ait reçu la deuxième dose vaccinale avant l'âge de 24 mois (5, 6).

En effet, de l'ensemble des maladies pouvant être prévenues par les vaccins, la rougeole a le taux de reproduction R_0[1] le plus élevé, c'est-à-dire qu'une personne malade peut contaminer 15 à 17 personnes, et de ce fait nécessite un taux de couverture vaccinale très élevé pour contrôler la maladie (7).

Ces recommandations ont donné lieu en France à l'élaboration d'un plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole (2005-2010) (8) aboutissant à des nouvelles recommandations vaccinales concernant la rougeole dès mars 2005. Elles préconisaient la première dose de vaccin trivalent à l'âge de 12 mois et la seconde dose au cours de la deuxième année, soit entre 13 et 24 mois (9).

Depuis 2008, une épidémie de rougeole est observée en Europe, en France (Figure 1) et également en Maine et Loire (Tableau I) avec une nette augmentation du nombre de cas, de complications et de décès (Tableau II) (10), questionnant l'application des recommandations vaccinales et notamment la réalisation de la deuxième injection (11, 12).

[1] R_0 : index de contagiosité, obtenu selon la formule $R_0 = \beta.c.d$ avec β représentant la probabilité de transmission, c le taux de contact (ou nombre de contacts par unité de temps) et d la durée de contagiosité.

En effet, la très grande majorité des cas sont survenus en raison d'une vaccination inexistante ou incomplète. En 2010, parmi les cas déclarés pour lesquels le statut vaccinal a été documenté, 3% avaient reçu deux doses, 12% avaient reçu une dose et 84% n'étaient pas vaccinés contre la rougeole (13).

Par ailleurs, la lecture d'un article intitulé « Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de l'hépatite B en France en 2008 » paru dans la revue Médecine et Enfance en 2009 montrait que la deuxième injection était réalisée plus fréquemment et plus précocement par les pédiatres que par les médecins généralistes (14) : pour la tranche d'âge des 24-35 mois, 71,3% des enfants suivis par les pédiatres avaient reçu leur deuxième dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) dont 66,5% avant l'âge de 27 mois pour seulement 49,4% de ceux suivis par les médecins généralistes dont 45,9% avant l'âge de 27 mois.

Cette tendance est confirmée par les données enregistrées par le Service de prévention et de promotion de la santé familiale du Maine-et-Loire à partir des certificats de santé du 24ème mois de 4878 enfants nés dans le département en 2011. Ces résultats montraient que 81% des enfants, dont le certificat avait été fait par un pédiatre, avaient reçu leur seconde dose de ROR lors de l'examen prévu pour les 24 mois, contre 65% des enfants vus par un médecin généraliste (Tableau III).

Notre travail va étudier les pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes à partir de l'exemple de la deuxième injection de la vaccination ROR chez les nourrissons en Maine-et-Loire et s'attacher à comprendre la particularité de ces deux exercices professionnels permettant d'expliquer ces différences de taux de couverture vaccinale.

MATERIEL ET METHODE

1. Principe

La méthode utilisée est une méthode de recherche qualitative par utilisation de focus groupes.
Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe approfondi, semi-structuré ayant pour objectif d'explorer un sujet précis en collectant des informations à partir de ce groupe d'expression, où chacun fait part de son expérience et de son vécu.

Cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe, elle explore et stimule différents points de vue par la discussion.
Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions, de sentiments, d'expériences, rendue possible par la présence de personnalités diverses favorisant l'expression (15).

Cette technique est particulièrement intéressante pour identifier et approfondir la compréhension d'un problème spécifique et complexe, en explorant non seulement ce qui se passe mais aussi pourquoi et ainsi fournir un éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles. Elle nous a semblé être une méthode adaptée à l'objectif de notre thèse.

2. Déroulement d'un focus groupe

En fonction du sujet abordé, 6 à 8 participants sont nécessaires.
Contrairement aux études quantitatives, l'échantillon ne répond pas à des critères de représentativité mais doit permettre de recueillir différents points de vue jusqu'à saturation des données.
Le thème est annoncé aux participants au préalable, le sujet précis ne leur est dévoilé qu'en début de séance. Cette précaution évite les réponses préparées et favorise la spontanéité des propos.
Un modérateur ou animateur, neutre, anime la séance. Sa mission est de faire émerger les différents points de vue et de garantir la liberté de parole de chacun des participants. Il

recentre la discussion quand les participants s'écartent du sujet et fait préciser les propos quand il le juge nécessaire.
Un observateur se charge de l'enregistrement audio servant à l'analyse des données, il n'intervient pas dans la discussion. Il assure également la trace des aspects non verbaux de la discussion, qui seront ensuite intégrés au verbatim lors de la retranscription.
Le focus groupe se déroule dans un lieu neutre et dans un climat de convivialité afin de favoriser les échanges.
Le principe et les règles sont présentés aux participants au début de la séance.

3. Nos focus groupes

Pour étudier nos deux populations, quatre focus groupes ont été organisés.
Deux par spécialité, à un mois d'intervalle.

3.1. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré afin de servir de fil conducteur à l'animation des focus groupes. Il était identique dans les deux groupes.
Il s'attachait à explorer quatre thèmes. Des questions de relance étaient prévues pour chaque thème afin de faire préciser certaines idées et d'étudier des points clés (Annexe 5).
Après la retranscription et une première analyse des deux premiers focus, les questions de relance de chaque thème ont été retravaillées en fonction des sujets non explorés par les premières séances (Annexe 6).
Voici les thèmes :
- la recrudescence des cas de rougeole
- la deuxième injection de ROR
- la pratique
- les difficultés liées aux patients

3.2. Les acteurs

3.2.1. Les participants

Les médecins ont été joints trois mois avant la date du premier focus groupe, le plus

souvent par téléphone, sinon par mail. Les deux dates des focus groupes leur étaient annoncées d'emblée.
Ils étaient inclus dans notre échantillon au fur et à mesure qu'ils acceptaient de participer à notre travail, le refus de participation d'un médecin nous conduisant à contacter le médecin suivant.
L'ensemble des médecins a reçu un courrier postal trois semaines avant la réalisation du premier focus groupe leur reprécisant la question d'étude, les modalités du focus groupe et les informations pratiques (heure et lieu de rendez vous) (Annexe 7).

Afin de s'assurer de leur présence, ils ont été de nouveau joints par téléphone la semaine précédant chaque focus groupe.

3.2.2. Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été tirés au sort dans la population des maîtres de stage universitaires du Département de Médecine Générale d'Angers, à partir de deux échantillons homme/femme, afin de respecter la parité. En cas de refus de la part du médecin contacté, un nouveau médecin était tiré au sort.
Avec ce tirage au sort, 58 médecins généralistes ont été contactés, 7 d'entre eux ont accepté de participer.

Un médecin généraliste ne s'est pas présenté au premier focus groupe et n'a donc pas pu participer au deuxième.
Un autre médecin est venu au premier focus groupe mais ne s'est pas présenté au second.
Finalement, 6 médecins étaient présents au premier focus groupe, 5 au deuxième.

3.2.3. Les pédiatres

Les pédiatres étant peu nombreux en Maine-et-Loire, ils n'ont pas été recrutés par tirage au sort.

Souhaitant garder une diversité de participants nous avons contacté des pédiatres hospitaliers et libéraux, hommes et femmes.

14 pédiatres et 5 médecins de la Protection maternelle et infantile (PMI) ont été joints par téléphone, 6 pédiatres et 1 médecin de PMI ont accepté de participer.
Le médecin de PMI ne s'est pas présenté au premier focus groupe et n'a donc pas pu participer au second.
Pour des raisons personnelles, un pédiatre, présent au premier focus groupe, n'a pas pu se présenter au second.
Au total, 6 pédiatres étaient présents lors du premier focus groupe, 5 au deuxième.

3.2.4. Le modérateur

Le Docteur Patrick Marais, médecin généraliste et enseignant au Département de Médecine Générale d'Angers, a joué le rôle du modérateur lors du déroulement de ces focus groupes.

3.2.5. Les observateurs

Nous avons occupé la fonction d'observateur pendant la séance en repérant les éléments non verbaux.

3.3. Organisation des séances

Les deux premiers focus groupes ont eu lieu le 14 Mars 2013 de 14h à 15h pour les médecins généralistes et de 15h15 à 16h15 pour les pédiatres.
Les deux seconds ont eu lieu le 18 Avril 2013 aux mêmes horaires.
L'ensemble des séances a eu lieu à la faculté de Médecine d'Angers.

Lors du premier focus groupe, les participants ont été accueillis par le Dr Marais individuellement au fur et à mesure de leur arrivée puis invités à s'installer autour de la table aux endroits numérotés de leur choix.
Un café et quelques gâteaux étaient à disposition des participants.
Un court questionnaire quantitatif leur a été déposé sur la table afin de recueillir quelques-unes de leurs caractéristiques professionnelles (Annexe 8).
Nous étions, en tant qu'observatrices, positionnées en retrait de manière à avoir une vision globale de l'ensemble des participants.

Le modérateur a dans un premier temps remercié les médecins d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse.
Il a ensuite présenté l'objectif et la méthode d'étude par focus groupe, recueillant l'accord des participants concernant l'enregistrement des propos.
Il leur a précisé le respect de l'anonymat et le caractère confidentiel des enregistrements.
Il a enfin présenté le sujet de la thèse, introduisant les quatre thèmes qui allaient être abordés.

La séance a alors débuté par un tour de table de présentation permettant de faire connaissance avec les participants avant d'aborder le premier thème.
Avant de partir, les intervenants ont de nouveau été remerciés de leur participation à ce travail.
L'enregistrement audio a été réalisé avec un dictaphone placé au centre de la table, testé préalablement dans des conditions identiques et doublé par un smart-phone.

Les seconds focus groupes se sont déroulés de la même façon. Les modalités, la confidentialité et les thèmes abordés ont été rappelés lors de l'introduction. Chaque participant a gardé le même numéro et la même position autour de la table.

3.4. Méthode d'analyse

Les enregistrements obtenus ont permis de collecter des informations en réalisant une retranscription intégrale des réunions.
L'ensemble du texte intégral brut complété par les aspects non verbaux constituait le verbatim. Il a ensuite été découpé de façon à isoler des phrases, expressions ou mots qui représentaient une seule et même idée. Ces unités minimales de significations ont été regroupées en grands thèmes et réparties en sous-thèmes.
Cette analyse thématique des quatre focus groupes a été effectuée par les deux auteurs, permettant une double analyse des données et une construction des résultats à partir de leurs regards croisés.
Les deux directeurs de thèse ont effectué le même travail.
Les propos du modérateur ont été exclus de l'analyse.
Ce travail a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft WORD®.

RESULTATS

1. Résultats des focus groupes des médecins généralistes

Pour permettre un anonymat total, les médecins, qu'ils soient homme ou femme, sont évoqués au masculin : « le médecin », « il ».
Dans un souci de meilleure lisibilité, les aspects non verbaux des verbatims ont été supprimés.

1.1. Caractéristiques des médecins généralistes présents

Un questionnaire quantitatif anonyme a été remis aux participants lors du premier focus groupe (Annexe 8). Il nous a permis d'identifier certaines caractéristiques des médecins ayant accepté de participer.
Il s'agit de quatre femmes et de deux hommes, travaillant tous en groupe, trois en milieu urbain, deux en milieu semi-rural et un en milieu rural.
Deux des médecins présents ont entre 28 et 40 ans, un autre a entre 40 et 50 ans, les trois derniers ont entre 50 et 60 ans.
Deux médecins sont installés depuis moins de 10 ans, deux autres depuis plus de 10 ans mais moins de 25 ans et les deux derniers depuis plus de 25 ans.
Un seul médecin est titulaire d'un diplôme universitaire de pédiatrie préventive, les cinq autres n'ont pas reçu de formation de vaccinologie.
Concernant les moyens de s'informer sur les vaccinations, tous citent le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), trois évoquent les revues, un les laboratoires pharmaceutiques et les deux derniers les formations médicales.
Chacun a ensuite évalué le pourcentage d'enfants (moins de 16 ans) qu'il voit en consultation : deux médecins estiment que 20% de leur activité est destinée à des consultations pédiatriques alors que trois autres pensent voir 30% d'enfants et le dernier 40%.

1.2. Les pratiques des médecins généralistes

1.2.1. Leur expérience de la rougeole et de l'épidémie récente

Concernant l'épidémie, les médecins généralistes présents y ont été confrontés dans leur pratique quotidienne : « il y a eu un cas ou plusieurs cas je crois dans notre quartier, j'sais plus exactement dans quelle école », « effectivement, récemment, il y a 1 an et demi, j'ai eu des situations de rougeole chez des adultes avec des liens avec les crèches », « à (cite son lieu d'exercice) c'est facile, je peux te dire qu'en tout il y a eu trois cas (…)».

Ils ont par ailleurs quelques « notions » peu précises : « tu veux qu'on te donne des chiffres ? Des pourcentages ? », « Je sais pas dire les chiffres, moi j'avais retenu au moment de la coupe du monde d'Allemagne qu'il y avait eu des épidémies de rougeole, ça m'avait parlé un peu ».

En dehors de l'épidémie, leur expérience de la rougeole est plutôt ancienne : « moi j'ai vu ça quand j'étais remplaçante, tu vois ça remonte, hein ?! ». Deux médecins présents racontent des cas marquants rencontrés au cours de leurs études : « moi j'en ai vu une, pas parce que… mais quand j'étais étudiant, une leuco-encéphalite tardive ».
Un des médecins nous dit n'avoir jamais vu de cas de rougeole : « moi je n'en ai jamais vu ».

Ils ont quelques données : « moi j'avais vu qu'il y aurait 200 décès d'enfants par an s'ils n'étaient pas vaccinés, j'ai lu ça il y a longtemps (…)», « dans la population qui a la rougeole, dans 80% des rougeoles, c'est des gens qui n'ont jamais été vaccinés ».

1.2.2. Ce qu'ils peuvent dire du ROR

La discussion autour de la deuxième injection de vaccin ROR conduit à questionner l'intérêt de cette seconde dose.
Certains médecins parlent de la seconde dose comme d'un rappel « pour relancer l'immunité » des enfants vaccinés quelques mois plus tôt : « j'ai toujours cru que pour n'importe quel vaccin c'était comme ça ».

D'autres parlent de la seconde dose comme d'un rattrapage : « c'est pas vraiment un rappel » qui rattraperait une petite partie de la population qui n'aurait pas développé d'anticorps lors de la première injection. « C'est pour gagner sur une population qui n'aurait pas créé d'immunité (…) pour compléter le pourcentage d'enfants non couverts par la première dose », « ça couvre 90% la première injection, 'fin j'ai cru lire ça et qu'il y avait peut être 10 ou 15% d'individus qui ne s'immunisaient pas, que c'était pour ça qu'on faisait un rappel ».

Certains évoquent l'intérêt de la seconde injection en lien avec l'immunité maternelle. L'efficacité de la première dose serait diminuée par une immunité maternelle résiduelle tardive : « cette première injection sert à protéger les enfants au plus tôt mais il y a un rattrapage aussi par rapport à cette immunité qui est… maternelle qui est encore présente et qui contrebalance l'efficacité de la première dose », « c'est pour ça qu'on ne le fait pas plus tôt en fait, c'est pour ça qu'on ne le fait pas à 3 mois, 4 mois ».

La discussion sur la seconde dose de ROR soulève des questions liées au fait qu'elle soit un rattrapage et non pas un rappel, notamment l'intérêt et les effets secondaires à revacciner quelqu'un qui a eu la première injection et pour laquelle il a déjà développé des anticorps : « tu soulèves le fait qu'on va vacciner des gens qui n'en ont peut être pas besoin ».

Les effets secondaires du vaccin ROR sont partagés par la plupart des médecins présents, ils citent « des éruptions cutanées » et « des fièvres et des sortes de rhume avec de la fièvre 5 à 8 jours après ».
Ils sont mieux identifiés pour la première injection de ROR : « moi avec le premier ouais, une dizaine à peu près (en parlant des éruptions) », « bah pour une première injection, moi je le constate, enfin je ne les revois pas mais souvent ils me rappellent je dis « écoutez, il a été vacciné, je pense que c'est ça, on se laisse du temps » ».

Ces effets secondaires du vaccin ROR seraient moins fréquents avec les modifications de composition des vaccins : « moi je me souviens du ROR il y a 20 ans, y'avait quasiment systématiquement de la fièvre » et « des fièvres carabinées », « ça donnait des 39-40°C parfois », « maintenant on ne voit plus ça avec le Priorix® (…) ils sont beaucoup mieux tolérés ».

1.2.3. Leur façon de faire

1.2.3.1. Organisation du second ROR

Les médecins présents informent les parents du projet vaccinal très tôt, introduisant le rattrapage du ROR dès la consultation du premier mois : « moi j'en parle dès le début, en fait à l'examen du premier mois, je parle déjà du projet vaccinal avec les parents et souvent j'écris sur le carnet de santé qu'il y aura le ROR vers tel âge avec le rappel vers tel âge », un autre explique : « je leur fais leur contrat au premier mois quand… je leur fais pour 20 ans, au crayon à papier avec une gomme à côté ! ».
A l'inverse, un des médecins, travaillant en crèche, annonce les vaccins au fur et à mesure, les incluant dans le suivi de l'enfant : « je ne parle pas du projet vaccinal au départ, je présente un petit peu les choses, (…) par contre le projet de suivi oui ça je le mets en place dès le début, puis après effectivement je greffe les vaccins ».

Chez l'ensemble des médecins généralistes, la seconde injection de ROR se déroule lors de la consultation obligatoire prévue à l'âge de 24 mois : « à 24 mois, parce qu'on les voit à 24 mois donc on le fait à 24 mois, on les fait pas revenir exprès ».

Le médecin travaillant en crèche est le seul à réaliser la deuxième injection du ROR avant l'âge des 24 mois : « souvent en fait je fais tout avant 24 mois pour ne pas avoir de vaccinations à faire à 2 ans où vraiment je prends le temps d'une consultation des 2 ans, donc j'suis plutôt sur un suivi où à 2 ans je ne fais plus de vaccin ».

Les médecins présents prescrivent le vaccin d'une fois sur l'autre, pour la visite d'après, de consultation de suivi en consultation de suivi : « moi je suis systématique dans mes vaccinations, c'est-à-dire qu'à chaque visite, j'anticipe, je marque, je prescris d'une visite à l'autre « la prochaine fois y'aura ça à faire, ça à faire » ».

Concernant le ROR, certains le prescrivent à 16 mois, d'autres à 18 mois : « moi je le prescris pour l'examen des 2 ans quand je fais le rappel d'Hexa, je donne l'ordonnance à ce moment là et je le mets dans le carnet de santé pour qu'ils l'aient, qu'ils viennent me voir ou pas entre les deux ».

Certaines prescriptions ont lieu également lors d'une consultation « hors suivi », les médecins expliquant contrôler régulièrement le carnet de santé : « systématiquement, je commence toujours le carnet de santé par la fin, je jette un coup d'œil machinal à chaque fois (…) ».

Un des médecins évoque la question du retard conduisant à un décalage du calendrier vaccinal : « des fois c'est vrai il y a des gens qui arrivent « oh ça devait être en Février, j'suis en retard », je leur dis « c'est pas grave » ».

L'ensemble des médecins généralistes présents reporte la vaccination en cas de fièvre : « un enfant fébrile, qui n'est pas en forme, je fais pas de vaccin ». Un médecin insiste : « s'il a de la fièvre, systématiquement je diffère ».
Cette attitude est encore plus prononcée pour le ROR : « surtout pour le ROR, moi euh le ROR quand y'a de la fièvre j'aime pas le faire » et moins évidente pour le vaccin Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) : « le DTP ça me gène moins ».

Plusieurs explications justifient cette attitude : un premier explique : « je me dis qu'il a déjà l'immunité qui est bien stimulée (…), voilà on va lui restimuler un peu son immunité mais peut-être qu'on peut faire ».
Un autre médecin ajoute que « c'est pas tant l'immunité qui est mobilisée, parce que pour moi ça ne mobilise pas tant que ça en immunité, par contre c'est pour pas qu'il y ait de confusion dans le suivi en fait (…) si je fais un vaccin et qu'il y a de la fièvre après on ne saura pas faire la part des choses (…) c'est pas tant pour l'immunité que la confusion de la fièvre », « rajouter de la fièvre à la fièvre ».

Certains médecins la reportent également en cas d'enfant opposant ou de consultation difficile : « ça peut être aussi un des motifs pour lequel je reporte une vaccination, si à l'examen des 2 ans je le sens trop inquiet, je vais peut être pas conclure la consultation par le vaccin mais euh réamorcer un peu de confiance et puis revacciner un petit peu plus tard ».

Si les parents viennent sans le vaccin à la consultation des 2 ans : « Si ils ne l'amènent pas le jour des 24 mois, je refixe un rendez-vous juste après pour le faire ».

1.2.3.2 Techniques

Les médecins présents s'accordent dans le fait de « prévenir l'enfant… ».
Un précise : « moi je me vois pas me précipiter sur un vaccin en consultation sur l'enfant, d'abord y'a une prise de contact avec l'enfant parce que c'est pas toujours facile ».

Ils semblent d'accord pour dire que la vaccination contre la rougeole ne leur parait pas douloureuse : « le ROR il fait pas mal ».

Cette question débouche sur l'utilisation ou pas de l'Emla®.
Elle varie en fonction des médecins généralistes, certains ne l'utilisent « jamais », d'autres «toujours, oui pratiquement toujours, pour tous les vaccins, jusqu'à 6 ans compris».
D'autres, encore, modulent son utilisation en fonction de l'âge auquel à lieu la vaccination, préférant éviter son utilisation chez les tout-petits.
« J'ai une grande variabilité, d'emblée je ne prescris pas de patch surtout chez les très petits, parce que le produit anesthésique ne me plait pas vraiment chez les nourrissons (…) C'est au cas par cas, mais d'emblée, j'suis pas tellement pour (…) En revanche c'est vrai que sur le Priorix®, enfin le ROR, on se trouve à des âges un petit peu plus avancés et j'ai moins cette réticence par rapport au patch, je trouve que c'est plus efficace ».
D'autres la propose en fonction de la demande parentale : « en tout cas, si les parents veulent je prescris en leur expliquant» ou de l'inquiétude du nourrisson ou de l'enfant « après si je vois un nourrisson qui est très nerveux et qui hurle dès qu'on le pique, (…) j'ai tendance à le proposer, me disant au moins ça sera ça, ça dépend vraiment de l'attitude du nourrisson ».
Un des médecins met en doute l'efficacité de l'Emla® sur la douleur : « je ne suis pas certain de l'efficacité. (…) Généralement y'a pas de différence » alors qu'un autre a fait l'expérience de l'absence de douleur avec un patch « quand même moi j'ai vu des enfants ne pas du tout réagir à une injection de vaccin quand ils ont eu de l'Emla® ».

1.2.3.3. Suivi et continuité des soins

Dans la plupart des cas, la vaccination est intégrée dans une consultation de suivi, qui commence par l'examen clinique et se termine par la vaccination : « c'est parce que dans mon suivi j'intègre ça dans l'examen, mais ce n'est jamais ce qui est en premier lieu en fait ».

Les cas, où il n'y a que le vaccin dans la consultation, sont les situations où il a fallu décaler l'injection, l'enfant est alors revu rapidement sans forcément être réexaminé.
« Moi si j'ai fait la visite à 24 mois et que je le vois parce qu'ils ont oublié le vaccin 15 jours après, je réexamine pas, je fais que le vaccin. Ils viennent pour le vaccin, je fais que le vaccin. Et si je le fais au moment de la visite des 24 mois, ben je fais l'examen des 2 ans ».
Un médecin ajoute que « ça arrive parfois quand même » qu'ils viennent uniquement pour la vaccination « parce qu'on a pu les décaler auparavant parce qu'ils étaient un peu malades ».

Un des médecins le justifie en expliquant que « ça rattrape les autres consultations où on y a passé du temps », « avant je me disais « oh bah quand même qu'un vaccin voilà » et puis finalement maintenant je me dis « bah y 'a tout un tas de consultation où vraiment je passe beaucoup de temps et ça déborde, bah c'est pour toutes ces consultations là », où là cette fois là je vais y passer que 10 minutes et puis bah ça me gène pas du tout en fait ».

A l'inverse, deux médecins examinent l'enfant même s'il a eu un examen clinique récent et qu'il vient pour sa vaccination.
L'un vérifie que la maladie de la dernière consultation est guérie : « par contre je fais jamais que le vaccin, quand ils reviennent par exemple parce qu'ils ont été malades, je vérifie d'abord que tout va bien donc il y a un petit examen quand même, c'est à chaque fois, c'est jamais uniquement le vaccin »
L'autre médecin signale que le fait de réexaminer l'enfant donne du poids à la consultation : « moi je regarde, j'ausculte toujours, ça donne un peu de volume à la consultation, c'est une façon de justifier (…) ça donne du poids à la consultation, pour justifier les 23 euros. (…) j'ai l'impression que si on arrive et puis qu'on relève la manche et qu'on … que je pique, ça … bah j'ai pas l'impression de mériter ma consultation (…) il faut quand même que les gens en aient pour leur argent ».

Les médecins présents évoquent la question du projet vaccinal en expliquant noter au crayon de papier dans les carnets de santé la date ou l'âge du ou des prochains vaccins : « généralement dès que je fais un vaccin, je note les prochains, j'essaie de noter au crayon de bois, la date ou l'âge ».

L'objectif est de faciliter le suivi et la compréhension des parents : « je les mets au crayon de bois dans le carnet de santé pour que les gens sachent à peu près se repérer dans les vaccins ».
Certains sont partisans des âges quand il s'agit des premières vaccinations : « je trouve que à 1 mois, quand j'ai commencé aucune vaccination, ça me semble plus clair de mettre 2 mois, 3 mois, 4 mois, 9 mois, 12 mois, … » et des dates quand ils s'agit des rappels : « oui après moi quand j'en ai fait un, je peux mettre le rappel à telle date ».
Un autre met l'âge ou la date en fonction du vaccin concerné : « moi je mets pour tous les autres la date et en fin de compte uniquement pour le ROR je mets à 1 an, à 2 ans, parce qu'en fin de compte effectivement je le mets très tôt et je me dis « bon la date je vais être obligée de l'effacer parce que ça va être jamais le bon mois » donc euh voilà je mets l'âge ».

Certains, en plus de la trace écrite dans le carnet de santé, notent les vaccinations dans le dossier informatisé : « moi j'essaye de faire les deux », « ça peut arriver qu'on soit à la bourre et que dans le dossier le marquage informatique ça passe à l'as, mais j'essaye ». Un des médecins précise : « ben moi je leur dit toujours « si vous perdez votre carnet de santé (les vaccins sont notés dans l'ordinateur) ».
Un des médecins ne le note sur le dossier informatisé qu'en cas d'oubli du carnet de santé : « sans ça je ne le marque jamais dans l'ordi ».

En cas de vaccination en l'absence du carnet de santé, les médecins essayent d'être vigilants à ce qu'une trace écrite apparaisse quelque part : « c'est vrai que j'essaye de demander aux gens dans la mesure du possible « notez-le au crayon de bois quand vous allez rentrer à la maison » », certains le notent sur une feuille volante à glisser dans le carnet de santé : « je prends une petite feuille, une petite ordonnance, je colle le numéro de lot, je marque vaccination faite ce jour et je leur dit « vous mettez ça dans votre carnet ». Qu'il y ait une trace… ». Un autre le note dans l'ordinateur et le recopie après : « moi je le marque dans l'ordi et je le recopie après ».

La possibilité d'un rappel informatique, proposé par les logiciels, n'est pas utilisée par tous les médecins : « moi non plus je l'utilise pas ».
Un des médecins ne s'en sert qu'à partir de l'âge de 5 ans, car il trouve qu'il est facile de suivre les enfants et de penser aux vaccins pendant les deux premières années de vie : « moi il le fait mais étonnamment je ne vais pas forcément mettre la date de rappel pour le

ROR parce que comme (…) je les vois jusqu'à 2 ans finalement (…) je trouve qu'on les suit relativement bien, on l'a à l'esprit, on les voit à 16 mois ou 18 mois et puis à 24 mois, je vais plus le faire pour un DTP pour les 5 ans ».
Dans l'ensemble ils ne savent pas si leur logiciel permet de le faire : « je pense qu'il le fait mais je ne l'utilise pas ».

1.2.4. La justification de leur pratique

1.2.4.1. La confiance

Plusieurs médecins présents basent leur pratique sur l'application des recommandations : « j'essaie d'appliquer au mieux les recos », « y'a des gens c'est leur travail, qui ont réfléchi, qu'ont fait des études, c'est nos maîtres a priori, ils sont plus calés que nous et euh ils éditent des bulletins dans le BEH et puis il faut leur faire confiance, enfin moi je dis vu la somme de travail qu'on a, je leur fais confiance et j'applique beaucoup mieux ».

1.2.4.2. Les données scientifiques et les autres sources

Les revues et notamment le BEH sont cités à plusieurs reprises : « j'avais lu des articles… ».

Les médias avec les campagnes vaccinales sont également une source d'information : « on entend dans les infos qu'il y a des décès, enfin (…) des infirmités aussi cérébro-moteurs aussi ».

L'épidémie est aussi une occasion pour les médecins de s'informer. Elle leur permet « de revoir et d'aller, de retourner vers les euh les référentiels, les recommandations euh ce qu'il en est réellement de l'épidémiologie quand se trouve effectivement face à un cas dans notre patientèle ».

1.2.4.3. Leur ressenti

Ils basent également leur pratique sur leur vécu personnel se référant à leurs expériences de la rougeole : « moi j'en ai vu une, pas parce que… mais quand j'étais étudiant, une leuco-encéphalite tardive, ça m'avait tellement marqué, du coup, c'est affectif », « quand tu vois

une gamine de 12 ans qui était normale qui passe à l'état d'infirme cérébro-moteur, ça fait bizarre, ça marque un peu ».
Et aussi sur leur vécu professionnel, un des médecins travaillant en crèche raconte « effectivement récemment il y a 1 an et demi, 2 ans j'ai eu des situations de rougeole chez des adultes avec des liens avec les crèches en fait et donc effectivement ça m'a interpelée et sensibilisée par rapport à cette vaccination ».

1.2.5. Leur regard sur leur pratique

Dans l'ensemble les médecins présents pensent correctement appliquer le calendrier vaccinal et avoir un bon taux de couverture : « (…) on est tous d'accord pour dire qu'on pense que nos patients sont assez bien couverts ».
L'un des médecins explique également que leur participation à notre thèse est en lien avec leur pratique, qu'ils sont intéressés par la vaccination et la population pédiatrique : « nous on est là parce qu'on est relativement motivé par la chose et qu'effectivement, je pense que dans la population globale de médecins généralistes il y a peut-être des gens qui occultent ce genre de problème. (…) On n'a pas tous les mêmes pratiques ».
Un des médecins est même un peu déçu : « je me dis « mince » si je fais moins bien qu'eux, pour un truc qui me paraissait assez simple, parce qu'on pourrait me dire « oui sur le développement neuro-psychique d'un enfant… », c'est vrai que bon y'a des choses qui m'échappent parfois mais là sur les vaccinations, je devrais quand même maitriser aussi bien que les pédiatres ».

1.3. Les réticences des parents

1.3.1. Les représentations des médecins généralistes de cette population réticente

Pour les médecins généralistes présents, les réticences sont moindres en campagne qu'en ville : « en rural, effectivement je suis comme vous, j'ai l'impression que ça ne pose pas trop de problème ».
Les populations de faible niveau socio-économique sont également peu réticentes : « en banlieue, dans un endroit socio-économique plutôt faible où les gens sont assez dociles… en fin de compte ils croient vraiment ce qu'on leur dit ».

Ils s'interrogent : « on peut se demander si ce n'est pas un phénomène plus urbain avec un brassage de population ».

Ils identifient plusieurs profils de personnes pour qui la vaccination peut poser plus de difficultés.

Il s'agit de sujets non vaccinés ou mal vaccinés qui choisiront de ne pas vacciner leurs enfants : « … ça fait partie des personnes qui ont, peut-être à 20-30 ans, soit jamais été vaccinées, soit eu qu'une seule vaccination et qui vont pas forcément vacciner leurs enfants, enfin moi je trouve que j'ai un peu de ça dans ma population ».

Les personnes ayant un profil type « bio », « naturel », naturopathe, homéopathe peuvent également ne pas adhérer au projet vaccinal : « c'est des gens qui aiment bien la nature », « les plus réticents chez nous, ça va être des familles (…) qui sont un petit peu branchées nature, homéopathie ».

Les personnes travaillant dans le milieu de la santé semblent aussi concernées : « moi je dirais plus, effectivement, plus infirmière pour le coup, infirmière, sage femme », « les paramédicaux ça n'est pas facile, parce qu'elles ont, je pense que c'est des gens qui ont des notions effectivement scientifiques et qui sont beaucoup plus arc boutés sur les croyances ».
Dans le monde de l'éducation, « les instits peut-être», « des gens qui intellectuellement se posent beaucoup de questions aussi, parmi les enseignants aussi y'a pas mal de gens qui sont assez « on a vu que… et puis euh … » » semblent être également réticents aux vaccinations.
Un des médecins signale avoir « moins de difficultés avec un enseignant qu'avec certains paramédicaux » parce qu'« un enseignant pour moi c'est quelqu'un qui cherche à comprendre les choses ».

Une autre population est décrite par un des médecins présents : il s'agit de mamans gardant leurs enfants longtemps avec elles : « j'ai aussi une population personnelle, je fais la guerre aux petits doigts, un peu aristo de campagne (…) j'ai des mamans comme ça qui gardent leurs enfants très longtemps, qui les allaitent jusqu'à 1 an et demi (…) elles sont dans des croyances que l'allaitement protège leur enfant de tout ».

1.3.2. La confrontation des médecins généralistes aux réticences des parents

Selon les médecins présents, les réticences ne sont pas centrées sur la deuxième injection de ROR : « je ne suis pas sûr que ça soit que pour le rappel, vous voyez, enfin que pour la deuxième injection (…) pas qu'à la deuxième en fait, ça va être dès la première pour moi ». Elles ne sont pas non plus centrées sur le ROR, elles concernent l'ensemble des vaccins : « par contre, effectivement, j'ai l'impression que quand il y a un rejet, c'est un rejet global des vaccins et il y a autant de doutes sur les vaccins combinés pour les autres maladies ». Plus largement, elles concernent la médecine en général : « ça s'inscrit dans une méfiance des vaccinations, dans une méfiance des antibiotiques, dans un truc global quoi ». Un médecin acquiesce : « c'est vrai qu'ils sont un peu contre tout ».

En discutant, les médecins généralistes établissent une « hiérarchie » dans les réticences aux vaccins : « moi j'ai une hiérarchie, c'est avant tout : pas d'hépatite, ensuite pas de ROR, ensuite on enlève en général l'Infanrix®… », « le Prévenar® en même temps que l'hépatite je crois », « en général c'est le ROR qui passe à la trappe et puis c'est le DTP et c'est tout ».

Il leur parait plus facile de convaincre les parents selon le vaccin concerné : « je crois que ça dépend du vaccin qui est remis en cause, en fait, effectivement », « je sais, je trouve que c'est vaccin dépendant, un peu. On aura peut-être plus de mal avec le ROR qu'avec d'autres, le Méningitec®, je trouve qu'on n'a pas trop de résistance ».

1.3.3. Les arguments des parents réticents

Les médecins généralistes repèrent que les parents formulent leurs réticences de différentes façons.

La rougeole semble être une maladie bénigne pour les parents qui peuvent dire : « c'est rien, c'est une maladie infantile (…) ça n'est pas grave », « pourquoi on va vacciner le gamin pour un truc qui est bénin? », avec une part liée à une identification personnelle, familiale « oh mais je l'ai bien faite la rougeole moi quand j'étais petit, c'est pas… c'est une maladie infantile, c'est pas grave » ou collective « on l'a tous eu ».

Certains parents critiquent le schéma vaccinal actuel : « pourquoi on fait autant de vaccins ? Et autrefois il n'y en avait pas autant » en s'appuyant sur le progrès : « oui mais les conditions sanitaires ont évolué », « s'il y a moins de maladies c'est que aussi le niveau de vie a évolué ».

Pour d'autres, les maladies n'existent plus : « la diphtérie y en a plus, la rougeole y en a plus… ».

Une série d'arguments concerne une position de suspicion envers les laboratoires pharmaceutiques ou les politiques : « On nous cache des choses », une crainte iatrogène « … et de ce qu'on mettait dans le corps des gens, que le tétanos ça se soignait, qu'on mentait à la population… ».

D'autres parents ne perçoivent pas l'intérêt collectif de la vaccination. Un médecin note la réflexion individuelle de la vaccination des patients « bah parce que moi ça va me provoquer des effets et ça et ci et comment ça me protège ? » et regrette l'absence de réflexion collective : « ça peut protéger la collectivité et que si on atteint un certain seuil de vaccination bah on est plutôt bon en terme de protection de la population ». Il trouve que les gens ne sont pas dans cette réflexion.

Certains parents trouvent que leur enfant est trop petit, trop fragile pour faire face à la vaccination : « il y en a certains qui disent « Oh la la il est un peu jeune, ça va le secouer, je ne veux pas lui en faire trop (…) il est petit quand même » ».

Certaines personnes sont contre sans formulation explicite « on avait encore un petit lot de mamans, là qui…étaient persuadées de… qu'il fallait pas donner de ROR et qui savaient pas trop pourquoi… » ou en avançant : « des croyances qui… honnêtement… qui ne reposent sur rien ».

Un médecin relève que certains parents, sans être réticents, cherchent à comprendre, se renseignent et viennent en discuter : « oui mais j'aimerai savoir… », et accepte alors le savoir des parents « il s'était renseigné, peut-être plus que moi, sur l'immunité, les anticorps, les choses comme ça ».

1.3.4. Les sources d'information des parents réticents

Elles sont nombreuses.
Plusieurs médecins évoquent internet : « les plus réticents chez nous, ça va être des familles qui vont se renseigner sur internet » soulignant la multitude des informations, parfois erronées, qu'ils peuvent y trouver : « il suffit qu'ils aillent sur internet pour trouver n'importe quoi… », « il n'y a aucune censure sur internet, il peut se dire n'importe quoi ».

D'autres évoquent « des lectures » : « y'a des ouvrages, hein, tu as des revues de médecines alternatives (…) des ouvrages sur des vaccins ». Un médecin précise : « de grands pontes qui pondent des trucs épouvantables ».

La confiance dans l'avis d'un proche, valorisée par le fait qu'il travaille dans le milieu de la santé, constitue aussi une autre source : « « j'ai une copine qui travaille au labo, elle est sûre que ... » et c'est des informations (…) dans des groupes de gens (…) qui sont dans un milieu scientifique ».

Une autre source provient des médias. Si elle est bien relayée, elle permet une vraie information : « il y a un petit spot publicitaire à la radio qui marche bien, je trouve que les gens, des fois, ils viennent nous en parler parce qu'ils ont entendu à la radio ou ils ont eu un papier à l'école, au collège ».
A l'inverse, elle peut être anxiogène, créant de la méfiance : « même les informations, (…) ce qu'il s'est passé pour la contraception récemment, etc… tout ça, ça met le doute dans l'esprit des gens (…) y'a tout une espèce de méfiance, « on ne nous dit pas tout » » et parfois même de la confusion : « c'est vrai que toutes ces histoires récentes sur Diane 35, sur les pilules, contre la grippe A (…) les statines… enfin y'a tout ça… ils sont un peu perdus (…) je trouve ».

La réticence devient alors une occasion pour le médecin généraliste de s'informer, de se former : « ça permet aussi de revoir, de retourner vers les référentiels, les recommandations, voir ce qu'il en est réellement de l'épidémiologie quand on se trouve effectivement face à un cas dans notre patientèle ».

1.3.5. Le vécu de l'acte vaccinal

Pour les médecins, les parents vivent la vaccination comme une intrusion, en lien avec la douleur : « et puis d'entendre leur enfant pleurer, il y en a pour qui c'est insupportable, qui vivent ça comme : on leur fait du mal », « il y a une sorte de truc là : Mais tu vas me faire mal ! ».
L'acte vaccinal réveille également des peurs : « ils sont dans la crainte de la vaccination, peut-être qu'il y a un fantasme autour de cette peur là », « (…) il y a des parents eux-mêmes qui ont peur des piqûres… ».

De la même façon, les médecins généralistes présents n'aiment pas vacciner les enfants : « je déteste vacciner les enfants». Cela touche à l'émotion qu'ils ressentent au moment de faire l'injection : « moi-même j'ai une réticence, ça me fait de la peine de les piquer » se sentant responsable des pleurs : « le Priorix® ça va, mais le Prévenar®, ça… à chaque fois…même-moi j'aime pas parce qu'ils hurlent ».

Ils expliquent être soulagés après la visite des 4 mois : « moi quand les trois visites de 2, 3 et 4 mois sont passées (…) ça me détend bien moi aussi de passer à autre chose ».
Un des médecins conclut, en parlant de la diminution du nombre d'injections dans le nouveau calendrier vaccinal : « et ben moi, ça m'arrange bien ! Si ça fait la même chose je suis tout à fait d'accord ! ».

Ils précisent prendre sur eux: « je me raisonne, je fais mon travail quand même ! » et remplissent ce qu'ils appellent « notre rôle de docteur » : « il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui le fasse, alors c'est mon rôle… ».

1.4. Les réponses des médecins généralistes

1.4.1. Les arguments des médecins généralistes

Afin d'illustrer l'intérêt de la vaccination, plusieurs médecins expliquent l'argumenter en racontant des cas de rougeole marquant, vécus personnellement et professionnellement : « je leur dis : ce n'est pas un argument scientifique, mais je vais vous raconter, j'étais en sixième année en pédiatrie à Angers… », il évoque alors un cas de leuco-encéphalite

tardive rencontré lors de son externat. Un autre ajoute : « j'ai eu un cas, quand j'étais remplaçante, ça remonte à 30 ans, mais n'empêche que je m'en sers encore pour argumenter la vaccination ».
En parlant d'un cas de rougeole dans une école, un médecin insiste : « ça nous a super aidé à convaincre les mamans qui étaient réticentes … on avait notre truc pour les convaincre… on parle encore de ce truc là, on ne le date pas trop et on s'en sert encore ».

Spécifiquement pour le ROR, un médecin nous livre ses arguments, il précise négocier un peu avec le réel : « moi je n'ose pas trop le dire mais je mens aux parents », il leur dit : « le ROR il faudra le faire de toute façon parce qu'un jour votre petite fille elle sera enceinte donc il faudra qu'elle soit immunisée contre la rubéole et votre petit garçon il aura peut-être un jour les oreillons et il risque d'être stérile, il faudra le vacciner ». Il conclut « bon je mens un peu, j'arrange la vérité (…) mais c'est les seuls arguments que j'ai trouvé pour le ROR ».

L'ensemble des médecins présents essaye de créer de la responsabilité chez les parents en soulignant l'intérêt collectif de la vaccination : « les gens sont beaucoup dans une réflexion individuelle de la vaccination (…) alors que nous on va être dans une réflexion de masse (…) quand on leur explique, des fois ils comprennent mais je trouve qu'au point de départ on n'est pas sur la même réflexion ».
Un des médecins parle de santé publique, il leurs explique : « on essaye d'éradiquer les maladies d'une population entière », un autre ajoute leurs préciser « vous bénéficiez du fait que les autres sont vaccinés comme ça, ça protège vos gamins ».

Un des médecins utilise une comparaison entre les pays riches et pauvres : « j'avais juste fini en disant que peut-être le luxe des pays riches était de refuser les vaccinations, que nous peut-être qu'on pouvait se permettre ça et que je ne pensais pas que dans d'autres pays on pouvait ».

Un médecin évoque l'absence d'effets secondaires : « les arguments classiques c'est que bon les vaccins, surtout les vaccins modernes, il y a très très très peu de réaction, enfin les gens ça ne les rend pas malades ».
A l'inverse, d'autres médecins ne minimisent pas le risque : « « Alors y'a aucun risque à se faire vacciner ? » je dis : mais non, je peux pas vous le dire, voilà c'est un médicament, il y a un risque potentiel ».

Un autre insiste sur la balance bénéfice-risque : « Mais enfin, oui ça fait mal là, mais on le protège, vous lui faites pas du mal à votre enfant ».

Plusieurs médecins insistent sur la gravité des maladies, utilisant la peur comme levier : « les gens qui vont en Réa pour un tétanos, c'est des gens qui ne sont plus vaccinés et on n'empêchera jamais personne de jardiner ».

Un médecin donne des chiffres à ses patients sur l'épidémiologie, la maladie et ses conséquences : « pour la rougeole, il y a des arguments épidémiologiques, j'aime bien lire … je me souviens de la première page du Quotidien du médecin où il y a des histoires sur l'Histoire de la médecine, enfin… et au 19ème siècle, c'est trois millions de morts au Royaume-Uni par la variole, sur un siècle, mais c'est énorme. Je dis aux gens « Regardez la variole, ça a été éradiqué » ».

Une part des vaccinations a lieu également grâce à la confiance qu'a la personne dans le médecin : « ils sont tous vaccinés, ils font confiance », selon le principe : ce qui est bon pour moi est bon pour vous : « après il y a les arguments personnels, oui effectivement, le Méningitec®, je dis : moi, dès que c'est apparu, j'ai fait vacciné tous mes enfants ».

L'acte est également banalisé par l'absence de souvenir : « je le dis aux parents : est-ce-que vous avez le souvenir d'une vaccination de votre enfance ? Personne ne se rappelle qu'il a été piqué à 2 ans et qu'il a mal vécu ça ».

Un médecin souligne une baisse de son investissement au fil des ans pour convaincre les parents de vacciner leurs enfants: « j'essaye de les convaincre un petit peu mais j'essayais beaucoup étant beaucoup plus jeune ».

1.4.2. La place de la discussion

La discussion a une place importante dans les consultations autour de la vaccination : « ça veut pas dire qu'ils ne vont pas le faire (…) on en discute, et des fois y'a des consultations où on va que discuter », « moi ça m'est déjà arrivé que des gens viennent que pour parler de la vaccination, qu'il n'y ait pas d'examen puis qu'ils repartent, ils réfléchissent et puis … ».

La discussion offre aux parents le temps de la réflexion et du cheminement : « des fois, ils ont besoin de temps, ils ont besoin de cheminer, un petit peu ». Un des médecins précise qu'il « trouve qu'après la discussion ça chemine ». Un autre ajoute : « on laisse couler un peu, on laisse cheminer » citant le ROR « et donc le ROR bah on y va tranquillement, on chemine, on explique voilà ».

Cette étape de réflexion, secondaire aux échanges qu'ils ont eu avec le médecin, prend du temps et peut conduire à reporter une vaccination : « pour le ROR, ceux que j'arrive à convaincre c'est super retardé. En fait, ils font leur calendrier un petit peu à leur sauce », les décalant par rapport aux recommandations : « on rame un peu quand même pour certains vaccins donc on va peut-être pas vacciner à 1 an puis finalement ils vont se décider à 15 mois (…) on démarre plus tard, parfois le calendrier vaccinal est super décalé ».

1.4.3. Vers une acceptation

Cette étape est nécessaire puisqu'elle semble être un passage vers une acceptation de la vaccination : « souvent euh les gens acceptent si on a pris le temps d'expliquer », « et du coup, la personne qui m'interrogeait m'a dit : Ben vous m'avez convaincu ! », « là, il me parlait, euh, il me posait des questions (…) et ça a terminé sur une vaccination ! ».

Et finalement, d'après les médecins présents, peu de parents refusent et ne vaccinent pas leurs enfants: « c'est quelques rares cas », « j'arrive à en convaincre la moitié généralement (…) petit à petit, mais c'est vrai que le calendrier vaccinal est complètement décalé mais j'arrive à vacciner à peu près ». Un des médecins ajoute qu'« au bout d'un moment, ils acceptent ».

En cas de refus après la discussion, l'ensemble des médecins note sur les carnets de santé le souhait des parents : « je note : non souhaité ce jour », « je note la date, non souhaité par les parents ».

Ils l'expliquent : « je le fais pour valider une discussion, c'est-à-dire pouvoir dire qu'on en a échangé et que ce n'est pas souhaité (…) et que ce n'est pas un oubli» et aussi « pour responsabiliser aussi les gens, c'est-à-dire que « je prends la responsabilité de ne pas vacciner mes enfants » ».

Un des médecins évoque la question médico-légale : « « vous voulez, vous voulez pas » je le marque dans le carnet (…) pour me protéger. Je ne sais pas si ça me protège mais en tout cas ça me fait du bien ».

Le refus de la vaccination ROR ne conduit pas les médecins à refuser de suivre l'enfant : « après le ROR, je veux bien attendre un peu… ».

Alors que le refus complet de l'ensemble des vaccinations, et notamment le DTP, conduit les médecins à se positionner. Certains refusant alors de suivre l'enfant : « une fois, y' a un papa, moi j'ai dit que je ne pouvais pas cautionner de ne pas vacciner contre le Tétanos, (…) on a échangé et puis bah il a choisi, moi j'ai témoigné que je ne pouvais pas continuer à être le médecin ».
Un des médecins précise qu'en l'absence de vaccination, il refuse l'entrée en crèche : « quand il y a des demandes d'admission d'enfants qui ne sont pas vaccinés (…) bah y'a pas d'entrée en crèche possible ».

1.5. Les explications des médecins généralistes

1.5.1. Concernant la différence de couverture vaccinale entre les médecins généralistes et les pédiatres

Les médecins généralistes évoquent en premier lieu la différence de patientèle qui semble exister entre les deux spécialités : « je pense qu'il y a vraiment un biais de recrutement, que vraiment les patients qui emmènent leurs enfants (chez le pédiatre), sont d'accord avec les vaccinations ».

Ils décrivent ensuite ce qu'ils pensent être la patientèle des pédiatres, établissant un profil type «c'est des gens qui sont beaucoup angoissés, obsessionnels » ne faisant « pas confiance au médecin généraliste », qui ont « une assiduité » et « une régularité » étant « un petit peu plus obsessionnels de la santé de leur gamin » et souhaitant « le mieux pour mon gamin ».

Ils les comparent alors à leur patientèle « ceux qu'on voit, ils vont être un petit peu plus cool (…) ils sont moins angoissés », « nous, on se retrouve avec des populations qui sont

plus mouvantes, enfin c'est-à-dire qui vont avoir moins cette régularité (…). C'est vrai que je pense que l'assiduité n'est pas la même ».

Alors que les médecins généralistes présents évoquent une certaine répartition des tâches entre les deux spécialités : « qui dit pédiatre, dit vaccinations (…) et les examens obligatoires », « nous, on est plus facilement accessible pour un rhume le samedi matin et le soir ».
Ils précisent que cela peut être source d'erreur, certains suivis partagés ne facilitant pas une prise en charge correcte de l'enfant : « parfois la deuxième injection on la fait pas (…) on pense que c'est l'autre médecin qui l'a fait, moi je trouve ça compliqué des fois », « il est aussi suivi par le pédiatre, « Qui fait quoi ? C'est qui le médecin de l'enfant? » ».
Ils évoquent alors le nomadisme médical où l'on ne sait plus qui fait quoi : « y'a des patients qui peuvent des fois voir plusieurs médecins (…) et on pense que c'est l'autre médecin qui a fait ».

Certaines différences dans l'organisation des consultations sont soulevées par un médecin, il prend l'exemple des rendez-vous fixés d'une fois sur l'autre pour les pédiatres : « ils sont convoqués chez le pédiatre quelques mois après pour se faire vacciner ».

1.5.2. Concernant le défaut de couverture vaccinale en général

Leur pratique se conjugue avec la réalité du terrain, qui les confronte à des difficultés variées dans l'application du calendrier vaccinal et qui pourraient participer à une mauvaise couverture vaccinale.

Les médecins généralistes parlent en premier lieu de ce qu'ils appellent « les gens qui passent au travers » : « moi, mon problème c'est toujours les gens qui m'échappent ».

Ils parlent notamment de la population des jeunes adultes « parce que la difficulté en fait, c'est pas pour les petits, on parle de la deuxième injection mais ça concerne également les grands, les 20-30 ans », « on en trouve quand même des gens qui partent en voyage là, qui sont justement des jeunes adultes, qui viennent avec leur carnet de santé et qui ont encore un seul ROR ».

Ils parlent ensuite des enfants dont le suivi est rendu difficile par l'absence du carnet de santé : « en fin de compte, c'est le papa qui a le carnet de santé, on est séparé, on n'arrive plus à le joindre, etc… ». Le médecin raconte alors l'histoire de deux enfants de 8 et 10 ans qui ont eu la rougeole et dont il n'avait jamais vu le carnet de santé, il conclut en disant « …et puis voilà, il y a un moment où il y a des gens qui nous échappent ».

Ils parlent également des populations migrantes : « il y a des populations qui échappent parce qu'elles bougent ».

Ils parlent ensuite des personnes qui, pensant avoir eu la rougeole, ne sont pas vaccinées : « quand tu vois dans les carnets qui sont un petit peu miteux, où il y a un peu d'eau dessus, des enfants qui ont 11-12 ans, tu vois écrit rougeole dans… sur un vieux Bic, avec une date en face et puis tu te dis en fait est ce qu'il l'a eu ou pas ? ».

Les modifications répétées des schémas vaccinaux, semblent participer à leurs difficultés et favoriser une moins bonne couverture vaccinale. Ils abordent alors le nouveau calendrier 2013 : « ça change complètement, c'est fou, c'est affolant. Il faut reprendre tous les carnets de santé », l'avancement de certains vaccins (le DTP à 11 mois) et la seconde dose de ROR, initialement à 9 mois pour les enfants entrant en collectivité, passant à 12 mois pour tous : « il va y avoir une transition qui ne va pas être pratique », « ça va être un sacré bordel ça ».

2. Résultats des focus groupes des pédiatres

2.1. Caractéristiques des pédiatres présents

Les résultats du questionnaire quantitatif anonyme remis aux participants lors du premier focus groupe (Annexe 8) nous ont permis d'identifier certaines caractéristiques des médecins ayant accepté de participer.

Il s'agit de trois femmes et de trois hommes.

Deux sont salariés, deux autres ont un exercice libéral, les deux derniers ont un exercice mixte : salarié et libéral dans un cabinet de groupe.

Tous les pédiatres présents exercent en milieu urbain.

Trois pédiatres ont entre 28 et 40 ans, un a entre 40 et 60 ans et deux ont plus de 60 ans.

Trois pédiatres exercent depuis moins de 10 ans, deux autres ont entre 10 et 25 ans d'exercice et un seul plus de 25 ans.

Concernant l'origine de leur formation en vaccinologie, trois citent leurs études médicales (internat), un évoque le diplôme universitaire de pathologies infectieuses pédiatriques, un autre le diplôme universitaire de médecine préventive de l'enfant, un dernier cite les journées de formation médicale et enfin quatre citent les congrès.

A la question « Comment vous informez-vous sur les vaccinations ? », Infovac, le BEH et les congrès sont cités trois fois chacun. Les revues, journaux médicaux et presse médicale ainsi que les laboratoires pharmaceutiques sont évoqués quatre fois chacun.

2.2. Les pratiques des pédiatres

2.2.1. Leur expérience de la rougeole et de l'épidémie récente

La majorité des pédiatres présents n'a pas eu de cas de rougeole récent dans leur patientèle : « Moi j'ai pas vu une rougeole en pédiatrie depuis quinze ans ».

Certains pédiatres ont une expérience personnelle de la rougeole : « (…) il y a 18 mois, j'ai eu connaissance, parce qu'on m'a demandé ce que j'en pensais, sur une photo d'un adulte à Paris qui avait 30 ans et qui avait une éruption étiquetée « allergie aux antibiotiques » et qui était une rougeole (…) voilà mon expérience de la rougeole dans les 2 dernières années».

D'autres en ont une expérience professionnelle par des collègues qui en ont vu : « mon collègue a eu un cas de rougeole, quand on a commencé à parler d'épidémie, il y a un an, un an et demi (…) une rougeole confirmée, certaine».
Un seul des pédiatres présents, ayant travaillé aux urgences pédiatriques au moment de l'épidémie, a vu plusieurs cas de rougeole : « (…) effectivement je devais être en troisième année d'internat, ça doit correspondre à peu près à 2008, on en a vu aux urgences des assez typiques ».
L'information viendrait également de leur formation médicale continue avec les « congrès » et « … dans la revue française de pédiatrie y'a dû y avoir un ou deux articles ».

Concernant l'épidémie récente de rougeole et ses complications, les pédiatres ont plusieurs « notions » peu précises : « oui, on a tous entendu parler de cette épidémie depuis 2008 », « surtout avec une gravité plus respiratoire je crois il me semble chez les hospitalisés, euh après les chiffres (…) bruts du nombre d'hospitalisés je ne les ai pas en tête », « on a du voir passer, je sais pas, ils ont dit 5000, 6000 (cas de rougeole), je ne saurais même pas dire ».
Un des pédiatres présent, hospitalier, sensibilisé à la question de la vaccination, explique que l'épidémie était prévisible : « ça fait déjà pas mal de temps que, en s'y intéressant, on entendait « attention la couverture (vaccinale) stagne, si elle continue à stagner et qu'on y arrive pas, on va avoir des épidémies qui vont apparaître, on va déplacer l'âge de la vaccination » et voilà on l'a eu quoi ».
Ils expliquent la recrudescence de cas de rougeole : « une des causes principales c'est le défaut de vaccination alors qu'il y a un vaccin qui est efficace, qui existe depuis longtemps et une couverture qui est restée insuffisante ».
Ils mettent ainsi en cause « clairement une insuffisance de deux vaccinations comme cause principale ».

L'épidémie récente ne semble pas avoir modifié leurs pratiques vaccinales, ils sont plusieurs à répondre « non » à la question « cela a-t-il modifié des choses dans votre pratique de la vaccination ? ».

2.2.2. Ce qu'ils peuvent dire du ROR

Pour certains d'entre eux, si la vaccination est faite à 9 mois, l'efficacité post-vaccinale est moins bonne, ils l'expliquent par « la persistance des anticorps maternels », « plus on les

vaccinait tôt, à 9 mois, plus on avait de risque qu'il y ait des anticorps maternels qui soient encore présents et qui neutralisent le vaccin ».

Concernant la seconde injection, tous les pédiatres sont d'accord pour dire qu'elle ne correspond pas à un rappel mais à un rattrapage « la deuxième dose, c'est une deuxième dose, ça n'est pas un rappel, car on sait que la première dose n'est pas toujours efficace » elle permettrait de «rattraper ceux qui n'ont pas fait leurs anticorps à la première injection ».
« 5 à 10% (des enfants) après la première injection » ne seraient pas immunisés et cela dépendrait « de l'âge auquel on la fait ».

Ils évoquent ensuite le pourcentage d'enfants non protégés malgré la seconde dose : « Et même en faisant ça, y'en a certains qui échappent, 2% je crois, 98% de ceux qui ont eu leur deuxième injection sont protégés ».

Les pédiatres soulignent alors que la seconde dose de ROR doit être administrée « entre 13 et 24 mois », précisant à l'unanimité qu'elle doit avoir lieu « avant 24 mois ! ».

Selon eux, l'objectif de la seconde dose avant 24 mois est en lien avec un suivi plus aléatoire après 2 ans. « Les deux tiers des enfants qu'on voit ont moins de deux ans. Jusqu'à deux ans, y'a quand même un suivi très régulier, après ça commence à se diluer un petit peu ». Un pédiatre insiste : « pendant qu'on les tient ! », un autre conclut : « tu as raison d'insister en disant que la deuxième injection il faut la faire avant deux ans parce qu'après ils partent un petit peu dans la nature ».

Pour l'ensemble des pédiatres, le ROR n'est pas un vaccin obligatoire mais il est « recommandé pour l'entrée à la crèche ».

Les pédiatres semblent d'accord quant au fait que « l'innocuité du vaccin est quand même quasiment complète pour la rougeole, à part d'avoir une éruption, et un peu de fièvre 8 jours après ». Un des pédiatres précise qu' « une leuco-encéphalite subaigüe (secondaire au vaccin) c'est un pour un million je crois, c'est dix fois moins que la rougeole maladie ».

2.2.3. Leur façon de faire

2.2.3.1. Organisation du second ROR

Tous les pédiatres nous expliquent qu'au moment de la première injection de ROR, ils prescrivent la seconde : « quand je fais le premier vaccin, je prescris le deuxième pour le faire trois mois après », « après avoir fait la première, je prescris la seconde ».

Sauf un des pédiatres qui prescrit les vaccins à plus long terme, pas forcément d'une fois sur l'autre : « je vais faire l'ordonnance de vaccins mais pas seulement pour le prochain, je vais planifier jusqu'à… euh… voilà, un petit peu plus tard ».

L'âge de l'injection de la première dose semble commun aux pédiatres (9 ou 12 mois en fonction de l'âge de l'entrée en collectivité) alors que l'âge de l'administration de la seconde dose varie. Chaque pédiatre semblant avoir son propre schéma vaccinal.
Un des pédiatres fait la seconde injection de ROR à 15 mois : « alors moi, 9 mois le premier, 12 mois le deuxième (la prescription) pour 15 mois (la vaccination) ».
Deux pédiatres la réalisent à 16 mois ou 20 mois en fonction de l'âge d'injection de la première dose : « je les vois à 12 mois, je leur fais le vaccin et je prescris l'ordonnance pour le vaccin à 16 mois», « moi je faisais comme (cite le prénom de P6), les quelques uns que je vaccinais à 9 mois, je faisais la deuxième injection à 16 mois, tous les autres que je vaccinais à 12 mois, je faisais la deuxième injection à 20 mois ».
Un autre des pédiatres la réalise à 18 mois « ben la première à 6 mois, ou à 9 mois ça dépend (…) et la deuxième, à la visite de 18 mois ».
Un autre ne précise pas l'âge mais signale la faire avant 24 mois : « ben moi je la case avant (les 24 mois) ».
Une des pédiatres fait, elle, l'injection de la seconde dose à 24 mois : « je prescrivais à 18 mois pour le faire à 2 ans ».

L'application du calendrier vaccinal se révèle propre à chaque pédiatre, ils l'aménagent en fonction de leur organisation de consultation et de visite de suivi. Ils ne font pas tous les mêmes vaccins aux mêmes âges, chacun adaptant le calendrier à sa pratique. Cela conduit, lors de la discussion, à les faire réagir aux pratiques des uns et des autres « c'est vrai ? t'en fais trois en même temps ? », « mais y'a pas de visite à 18 mois ? », « ça veut dire que tu ajoutes une visite aux visites officielles ? ».

Cette variation de schéma vaccinal inter-pédiatre semble être en lien avec la notion de visites de suivi prévues en dehors du contexte des vaccins qu'ils font soit à « 12-16-20 mois ou 12-15-18 mois », et prises en charge entièrement par la sécurité sociale « de toute façon, la sécurité sociale rembourse à 100%, à 6 mois, 9, 12, 16, 20, 24 mois, sans regarder les dates ».
Un des pédiatres conclut : « après on fait comme on veut ! ».
Il ajoutera un peu plus loin : « parce qu'il y a des visites conseillées, et ben nous on les fait ».

Un des pédiatres qui habituellement réalise la première injection de ROR à l'âge de 12 mois, adapte sa stratégie en fonction des cas de rougeole rencontrés.
« Effectivement, moi je dis toujours aux mères, si jamais on vous dit qu'il y a une épidémie de rougeole à la crèche, comme à 9 mois j'ai fait l'ordonnance de vaccin, je lui dis « vous allez chercher vos vaccins, on le vaccine tout de suite, il n'aura pas la rougeole » ».

Les pédiatres organisent les consultations d'une fois sur l'autre, ce sont des rendez-vous programmés : « à 16 mois, on leur dit : « on se revoit à 20 mois » ».

En cas de fièvre, la plupart des pédiatres présents vaccinent les enfants, précisant que cela n'est pas une contre indication : « le fait qu'il ait de la fièvre ne m'empêche pas de le vacciner ».
Un des pédiatres insiste « moi quand ils ont de la fièvre, je m'en fiche complètement ! » et répondant à un pédiatre qui avait vacciné un enfant qui avait 39,5°C, il ajoute : « et il ne s'est rien passé ! », un autre conclut : « on est bien d'accord ! ».

Pour les parents, l'évidence de vacciner si l'enfant a de la fièvre est moins grande :
« Souvent les gens téléphonent à la secrétaire en disant « mon enfant est malade, est-ce-que j'amène les vaccins ? », « et puis il y a ceux qui viennent sans les vaccins parce qu'il est malade ».

Les inquiétudes parentales conduisent parfois les pédiatres à reporter une vaccination.
Un des pédiatres explique « hyper rarement » décaler la vaccination de quelques jours devant des parents « hyper stressés » parce que leur enfant est malade, « c'est très exceptionnel ».

« La maman qui dit « il n'est pas en forme, et de toute façon, je n'ai pas amené le vaccin ». Ben, elle n'est pas d'accord pour vacciner son enfant, je ne vais pas lui forcer la main en allant en chercher un dans le frigo ! ».
Un autre pédiatre précise : « j'ai eu un premier cas ce matin : Oh ! C'est la première fois qu'elle vous voit ma petite fille, alors ce n'est pas bien si vous la piquez le même jour, elle va être traumatisée, non, je préfère revenir dans un mois, je n'ai pas amené les vaccins exprès, bien ».

D'autres ne vaccinent pas l'enfant en cas de douleur préexistante, afin de ne pas rajouter de la douleur à la douleur : « les seuls que je ne vaccine pas ce sont ceux qui ont une petite otite hyper-algique et on n'a pas envie de leur faire mal en plus ».

Ils reportent également la vaccination en cas d'altération de l'état général de l'enfant. Un des pédiatres explique qu'il n'y a « pas de problème pour le vacciner » si l'enfant a 38,5° et gambade dans le cabinet, « par contre si il a 38, 5°, qu'il est complètement apathique, je remets la vaccination ».

Un des pédiatres résume : « oui la douleur et puis l'état de santé de l'enfant (…) s'il n'est pas bien et qu'il y a un retentissement, mais le fait qu'il ait de la fièvre, non ! ».

En cas de report de la vaccination, certains pédiatres revoient l'enfant entre deux consultations sans le réexaminer entièrement, ils expliquent aux parents : « vous passez entre deux consultations et on fait ça vite fait ».
Un des pédiatres décale son calendrier vaccinal « on décale à la visite d'après (…) Oh ça m'arrive de décaler tout, tant que c'est que d'une fois ça va ».
Un autre décale ou intercale en fonction du vaccin et de l'âge : « si c'est la première dose de ROR, je ne décale pas forcément, c'est-à-dire s'il a déjà un an, je me dis « on le fait à 13 mois », si c'est la deuxième dose au lieu de la faire à 15, je le fais à 18 mois ».
Les pédiatres hospitaliers s'appuient sur le médecin traitant pour assurer la continuité de la vaccination, ils font l'ordonnance et adresse l'enfant au médecin : « voilà dès qu'il va mieux, vous allez chez votre médecin pour que la vaccination soit faite ».

2.2.3.2. Techniques

Concernant l'information préalable à la vaccination, un des pédiatres précise expliquer aux parents au minimum contre quelle maladie le vaccin protège « je ne leur demande pas s'ils sont d'accord mais leur dire ce qu'il y a dans le vaccin, au minimum » et « finalement je n'ai pas de réticence, enfin… ».
Un des pédiatres informe uniquement quand il s'agit de l'Infanrix Hexa® : « moi je dois dire que je ne leur pose même pas la question « est-ce-que vous êtes d'accord ? » sauf au départ quand je fais pour l'Infanrix Hexa® parce qu'il y a l'hépatite B et que ça a défrayé la chronique ».
Alors que d'autres limitent les explications « moi je n'explique pas tout ».

L'ensemble des pédiatres possède des vaccins dans leur cabinet.
Certains pédiatres les achètent « moi j'en achète quelques-uns de chaque variété pour pouvoir le fournir aux parents qui l'ont oublié et ils me le ramènent ».
D'autres en récupèrent par le biais des laboratoires pharmaceutiques et les prescrivent dans un second temps afin que les patients leur rapportent le vaccin administré « nous, on fait ça mais on n'a jamais eu l'occasion de les acheter (…) c'est plus vrai maintenant, mais les labos nous en donnaient quand même (…) et du coup on a eu un roulement qui fait qu'on n'a jamais eu besoin d'en acheter ».

D'autres vaccins proviennent d'erreurs, de la part des parents « et puis y'a les erreurs des parents aussi « tenez j'ai trouvé ça dans mon frigo » alors c'est vrai que… » et parfois de la part du médecin « nous, quelques fois on se trompe (…) donc on prescrit un vaccin qu'on ne va pas faire, et on en a comme ça deux cents dans le frigidaire (…) on a un frigidaire qui est plein de vaccins ».

Un des médecins évoque la rupture de la chaine du froid « on part du principe que c'est resté dans le frigo et que nous on va le mettre tout de suite dans le frigo et ça nous fait un pool de vaccins qui peut servir ».

L'objectif de ces vaccins étant de pouvoir proposer une vaccination en cas d'oubli des parents : « et donc quand les gens ne l'ont pas, on va le chercher dans le frigo » ou devant une « urgence vaccinale », « ah oui ça m'arrive de me dire « tant pis si ce vaccin je ne le

récupère pas mais au moins cet enfant je suis sûre qu'il aura son vaccin, ce vaccin là ou un autre d'ailleurs» ».

2.2.3.3. Suivi et continuité des soins

Dans la plupart des cas, la vaccination est intégrée dans une consultation de suivi : « c'est effectivement une visite de routine soit 9ème mois, soit 12ème mois, soit 15ème mois auquel cas c'est un examen général et à la fin de la consultation on en profite ».
Un des pédiatres précise que « la vaccination c'est 20-30 secondes sur 20-25 minutes de consultation, c'est un épiphénomène ».
Ce n'est pas le cas pour tous les vaccins, un des pédiatres explique qu'il ne réexamine pas les enfants lors des rappels contre l'hépatite B : « deux mois après ils reviennent entre deux, je pique et six mois après, entre deux je pique, ça c'est pas une consultation », il conclut « c'est pas pour la rougeole, la rougeole, ils viennent à un moment où on vérifie leur évolution ».

La plupart des pédiatres présents n'utilise pas le carnet de santé comme support à l'application du schéma vaccinal, ils ne notent pas les âges ou dates des rappels dans ce dernier, ils s'appuient sur l'ordonnance qu'ils remettent aux parents d'une consultation à l'autre : « je précise sur l'ordonnance la date », « rien sur le carnet de santé puisque quand ils sortent, ils ont l'ordonnance pour la fois d'après », « moi je marque sur l'ordonnance et j'explique aux gens ce qu'on fait et à quel moment, je leur redis à chaque fois d'une consultation sur l'autre ce qu'on fera la prochaine fois ».

Un autre inscrit sur les carnets de santé les dates ou les âges des prochains vaccins :
« je marque sur le carnet de santé, au crayon de bois les rappels, les âges des rappels (…) les parents disent « ah bon c'est… vous m'avez dit ? C'est quand le prochain ? Vous pouvez le noter sur le carnet ? » C'est comme ça que j'en ai pris l'habitude ».
Il s'agirait pour lui d'une façon de faire qui permettrait aux parents de suivre les vaccinations de leur enfant : « surtout pour les parents, qu'ils sachent à quelle visite y'a les piqûres, s'ils voient quelque chose au crayon de bois ils se disent « tiens, c'est pas effacé c'est que c'est à faire ».

D'autres adaptent leur pratique en fonction des enfants rencontrés, notamment les populations avec un suivi irrégulier : « en général moi je ne le note pas sauf les quelques

patients qui sont un peu… pas… comment dire… qui changent de médecin régulièrement, où je me dis « j'ai des chances que ce ne soit pas moi qui fasse la deuxième » et dans ce cas là je le note ».
C'est également le cas pour les parents qui posent beaucoup de questions : « quand j'ai des parents qui posent beaucoup de questions sur les vaccins, au premier mois quand on parle des vaccins, là je leur mets le schéma parce que comme ça ne correspond pas du tout à ce qui est sur la page d'avant, c'est plus du tout à jour (…) au moins c'est clair après et on n'en reparle pas la fois d'après ».

Les pédiatres libéraux présents possèdent des dossiers informatiques dans lesquels ils laissent une trace de chaque vaccination.
Ils répondent unanimement par « oui » à la question « est ce que vous notez aussi dans vos dossiers ? », dans un souci de continuité des soins en cas de perte du carnet de santé ou de l'ordonnance.
« Régulièrement on a des parents qui téléphonent « voilà j'ai perdu le carnet, j'ai perdu l'ordonnance ou ils demandent ce qu'il y a à faire, ils savent plus où on en est, si ce n'est pas écrit dans le dossier on aura du mal à les renseigner, on sait à quel âge on aurait dû le faire, mais est ce qu'on l'a vraiment fait… ».

Par ailleurs, ils nous disent ne pas utiliser de rappel sous forme d'alerte, même s'ils pensent que leurs logiciels pourraient le faire.
« On a des dossiers informatiques mais ils ne font pas les alertes (…) On sait peut-être pas mettre l'alerte en route mais… » « On ne l'a pas mis en place ».
Les pédiatres hospitaliers n'ont pas de dossier informatisé : « pas de dossier informatisé à l'hôpital donc pas d'alerte ! ».

2.2.4. La justification de leur pratique

2.2.4.1. La confiance

En premier lieu, les pédiatres font confiance aux épidémiologistes : « s'il y a des gens qui font des études et qui nous disent « il faut faire comme ça », on est obligé de les croire », « si on vaccine c'est parce qu'il y a des gens qui font de l'épidémio, ils nous donnent des conseils et on suit ».

2.2.4.2. Les données scientifiques

L'information directe, continue et régulière par le biais de journées de formation, de congrès et des mises à jour régulières des recommandations tient une place importante dans la pratique des pédiatres. Ils évoquent le BEH, la Haute Autorité de Santé (HAS), les congrès, les journées de pédiatrie et le bulletin Infovac comme sources d'information et de formation.

« Il ne se passe pas un seul congrès où il n'y ait pas un sujet de vaccinologie, un seul congrès où il n'y ait pas des questions là dessus ».

« On est tous abonné à Infovac je pense, et on revoit régulièrement toutes les informations qui circulent là dessus, tous les bulletins (…) tous les mois ».

2.2.4.3. Leur ressenti

Leur pratique se base également sur leur vécu personnel et professionnel.

Ils nous disent avoir été marqués par des cas graves de rougeole rencontrés lors de leurs études : « je pense qu'effectivement tous les cas graves nous marquent et on s'en souvient jusqu'au bout » et ainsi être plus sensibles à la question de la prévention par la vaccination : « ça c'est des expériences qu'on a vécues quand on est interne et qui après, par rapport à la vaccination, nous blindent à vie ».

Expérience qui s'inscrit dans un cursus plus long et quasi-exclusivement hospitalier. Un des médecins confirme : « c'est vrai qu'on a un cursus en pédiatrie qui est plus long alors forcément on croise plus de cas graves quel que soit le type de pathologie ».

2.2.5. Leur regard sur leur pratique

Selon les pédiatres présents, la question de la vaccination occupe une place importante en particulier au cours de leur formation initiale hospitalière : « on a une culture de prévention en pédiatrie (…), pas que en vaccinologie d'ailleurs, d'autres trucs, le dépistage (…) voilà, qui fait partie du cursus, peut-être plus qu'en médecine générale, c'est moins curatif ».

La vaccination garde alors une place centrale dans leur pratique quotidienne : « il est certains que pour nous les pédiatres la vaccination c'est une part très importante de notre activité, de notre activité tout court, de notre réflexion ».

2.3. Les réticences des parents

2.3.1. Les représentations des pédiatres de cette population réticente

Cette population de parents réticents est identifiée par les pédiatres comme difficile : « ils sont chiants, mais ils ne sont pas si fréquents que ça ».

La population écologiste est évoquée à plusieurs reprises comme plus enclin à refuser les vaccinations : « c'est souvent une population très écolo qui par principe est contre, ou pas pour, préfère ne faire que les vaccins obligatoires », « il y a des gens qui sont très bio, très nin-nin-nin, ils repèrent très vite les médecins anti-vaccins, les médecins homéopathes ».

Même si d'autres précisent que « ce ne sont pas que des écolos » et que « quelques fois on est surpris parce qu'il y a des écolos qui veulent bien se faire vacciner et contre tout, y'a pas de problème ».

Plusieurs médecins ne repèrent pas de profil particulier de parents réticents à la vaccination : « on ne va pas stigmatiser les gens… », « il n'y a pas de type particulier ».

Les pédiatres citent les populations défavorisées comme à la fois bien vaccinées : « moi je vois en consultation des gens extrêmement défavorisés, ils font leurs vaccins » et à la fois comme mal vaccinées : « moi je travaille aussi au Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) le mardi matin et on rencontre des populations très difficiles et ça m'arrive de voir les carnets de santé des enfants, c'est une catastrophe, il y a un ou deux vaccins de fait comme ça, sur 6 ans, un ou deux vaccins à deux mois… ».

Les pédiatres classent également une partie des parents comme « très réticents », avec qui la discussion est difficile et qui généralement ne font aucun vaccin : « les très réticents ils resteront réticents », « ils font rien ceux là (en parlant de ces patients) ».

Deux pédiatres précisent que certains vaccins posent plus de difficultés : « c'est souvent sélectif, souvent l'hépatite B ».

La population des prématurés est repérée par les pédiatres comme ne discutant jamais les vaccins : « Quand on dit « on fait », ils font», « en tout cas, pas de population de parents d'anciens prématurés, c'est une population très spécifique et il n'y a jamais de difficultés, jamais, jamais ».

2.3.2. La confrontation des pédiatres aux réticences des parents

Les pédiatres ne semblent pas tous être confrontés aux réticences de la même façon, certains ne rencontrant même que très peu de difficultés à proposer la vaccination, et notamment le ROR : « en tout cas, de manière générale et encore plus par rapport au ROR, je n'ai jamais eu de parents refusant ». Un autre confirme que « par rapport au vaccin Priorix®, il n'y a pas trop de réticences ».

Au cours de la discussion, un autre des pédiatres est identifié par ses collègues comme plus confronté aux réticences.
Avec humour, ils l'interpellent : « C'est toi qui a les chieurs en fait ! », « peut-être que tu les attires».
Il reprend et semble confirmer qu'il est bien confronté à des parents réticents : « je les collectionne ». Il précise avoir l'impression de rencontrer plus de difficultés à proposer la seconde dose de ROR : « par contre, j'ai quand même l'impression qu'on est obligé de plus justifier la deuxième dose que la première », « ben Docteur il a déjà eu la première… ».
Cela conduisant de temps à autre à évoquer la question de la sérologie : « on a plus souvent des gens qui disent : « Mais pourquoi on en fait deux ? Avant on n'en faisait qu'un ? (…) la question que j'ai de temps en temps (…) « Est-ce qu'on ne peut pas faire une prise de sang ? » (…) « Pour savoir s'il est immunisé ou pas ? » ».

Il trouve également que les réticences se sont aggravées ces dernières années : « je trouve que depuis à peu près 5 ans on a beaucoup de réticences pour les vaccins, qu'on n'avait quasiment pas avant, ça fait 15 ans que je suis installé et j'ai l'impression que ça fait cinq bonnes années où vraiment on passe du temps sur les explications des vaccins ».

2.3.3. Les arguments des parents réticents

Les pédiatres sont confrontés à plusieurs types d'arguments de la part des parents.
Le premier argument repéré est le caractère bénin des maladies infantiles et plus particulièrement de la rougeole : « globalement pour les gens, la rougeole, c'est une maladie bénigne puisqu'il y en a quand même 990 qui ne se compliquent pas… », « on les appelle maladies infantiles donc « infantile » c'est pas grave ».

Les parents s'appuient sur l'exemple de leurs grands-parents qui dans leur enfance n'étaient pas vaccinés, ont eu la rougeole et n'en ont pas eu de conséquence : « (…) la rougeole c'est pas grave, les oreillons c'est pas grave, la rubéole c'est pas grave parce que ça se faisait avant, que leur mamie l'a eu… on entend souvent ça ».

Les pédiatres expliquent que certains parents ont entendu parler des complications possibles de la vaccination : « il y a eu l'autisme à un moment » et s'appuient sur ces exemples pour refuser la vaccination.

Un pédiatre explique ensuite qu'« il y a quelques patients aussi qui sont persuadés que si on vaccine, c'est pour enrichir les laboratoires et qu'on est à la botte des laboratoires et qu'ils ne vaccineront pas car ils n'ont pas envie de donner de sous aux laboratoires, pas beaucoup (de patients ainsi) mais la discussion est difficile… ».

Un des pédiatres évoque la question des croyances personnelles des parents, en lien avec leur histoire, qui parfois conduit à refuser les vaccinations.
Il explique qu'il « y'a une population dont on n'a pas parlé c'est les gens qui ont vécu un drame, alors je pense à une famille, ils avaient perdu une petite fille d'une tumeur cérébrale et elle avait eu des vaccins peu de temps avant et ces gens-là ils ne voulaient pas faire les vaccins parce que y'a eu … ils se sont mis en tête que le vaccin était responsable ».

La question des vaccins obligatoires et conseillés est identifiée par les pédiatres comme la porte d'entrée dans la réticence pour certains parents.
Ils y sont fréquemment confrontés : « par rapport au vaccin Priorix®, il n'y a pas trop de réticences, la question qui est posée, c'est « Est-ce qu'il est obligatoire ? » », « Ça c'est vrai que c'est un truc qui nous empoisonne un peu l'existence « Ah ? Il n'est pas obligatoire ? » » .

Ils repèrent que les parents « ne connaissent pas les vaccins … ils arrivent en disant « je veux faire que ce qui est obligatoire » mais ils ne savent pas ce qui n'est pas obligatoire ».
Un pédiatre raconte que certains pensent avoir fait uniquement les vaccins obligatoires alors que leurs enfants sont vaccinés plus largement : « cette semaine, j'ai eu une mère qui m'a dit « j'ai fait le strict minimum, que ce qui est obligatoire », ce n'est pas moi qui l'avait vu avant, je regarde et je dis « ah ouai nan vous n'avez pas fait que ce qui est obligatoire, vous avez fait Infanrix Quinta®, méningite à méningo, méningite à pneumo, coqueluche, tout ça c'est pas obligatoire », « ah bon ? » et donc c'est très étonnant, les gens pensent qu'ils n'ont eu que les vaccins obligatoires alors qu'ils ont eu tout le reste ».

La question des adjuvants et des effets secondaires des vaccins relayée par les médias est aussi source de discussion et favorise l'hésitation des parents.
Un pédiatre explique qu'« il y a, je pense, tout ce qui sort dans les médias : l'alumine là, (…) oui les sels d'aluminium parce que ça c'est la vaccination H1N1 qui nous a valu ça (…) ça c'était un coup effectivement où les gens ont posé beaucoup de questions après (…) Et donc y'a régulièrement dans les médias, il revient des choses (…) moi l'autre jour y'a une mère qui est venue me dire « mais vous n'avez pas de vaccin sans phosphate d'alumine ? » j'ai dit si la rougeole, la rubéole et les oreillons ! « Ah oui mais ils ne sont pas obligatoires ! » ».

Un des pédiatres nous dit aussi que « parfois y'a des choses qui sont complètement irrationnelles ».
Il arrive également que les arguments des parents manquent de cohérence. En racontant quels vaccins une maman avait choisi de faire à son enfant et à quel moment elle avait décidé de les faire, un des pédiatres s'exclame « Ça ne suit aucune logique ! ».

2.3.4. Les sources d'information des parents réticents

Les pédiatres citent les médias comme principale source d'information des parents. Ils expliquent que « pour le grand public, ce qui a été marquant dans cette épidémie c'est le tapage médiatique qui a été fait ».
Un pédiatre confirme qu'« il y a, je pense, tout ce qui sort dans les médias ».

2.4. Les réponses des pédiatres

2.4.1. Les arguments des pédiatres

Alors que l'épidémie récente ne semble pas avoir modifié les pratiques vaccinales des pédiatres, elle devient, pour la plupart, un argument pour convaincre de la nécessité de la vaccination et du rattrapage vaccinal.
Ils sont d'accord pour dire que « c'est plus facile de dire aux gens, « il faut vacciner parce que ça revient » ». Ils trouvent que l'épidémie « donne un argument (…) pour les quelques réticents à la vaccination ».

L'épidémie peut également servir à argumenter la seconde dose de ROR, un pédiatre précise qu'il y a peu de réticence pour « la deuxième dose quand on explique aux gens qu'il ne s'agit pas d'un rappel, mais d'une deuxième dose parce qu'on s'est rendu compte que la première ne couvrait pas tous les enfants, qu'ils n'étaient pas tous répondeurs, qu'il valait mieux assurer parce qu'il y a encore des épidémies de rougeole… ».

Ils expliquent également aux parents les risques liés à la maladie contre laquelle le vaccin protège et les complications possibles : « (…) la coqueluche je leur explique ce qu'il en est, qu'un bébé de 2 mois qui attrape une coqueluche bah en 2013 ça peut être dramatique».

La peur peut également être utilisée pour convaincre : « elle avait à la fois peur de la maladie, parce que surement je lui avais fait un peu peur et elle avait peur du vaccin … ».
Ils exposent alors la gravité de la maladie : « moi, quand ils insistent, je leur dis « vous savez la méningite à méningo c'est pas beaucoup c'est 300 par an en France à peu près, bon c'est 30 ou 40 décès, c'est pas beaucoup si vous regardez par rapport aux accidents de la route ou n'importe quoi c'est pas beaucoup, si ça vous arrive à vous vous trouverez que c'est extrêmement grave ».
De la même façon pour le ROR : « la rougeole y'a aussi encéphalite, ça fait peur », « c'est-à-dire que si on entend dans les médias qu'il y a eu une petite fille de 12 ans qui est morte (…) de la rougeole, je pense que les parents qui entendent ça c'est plus frappant ».

Quand les parents ne veulent que le DTP, un pédiatre resitue l'intérêt de la vaccination en fonction de la gravité en lien avec l'âge de l'enfant : il leur dit que « si on les vaccine tout

petit c'est que la méningite à pneumo, la méningite à haemophilus c'est maintenant qu'ils peuvent l'attraper, la coqueluche, c'est maintenant que c'est dangereux (…) je leur dis « la cible c'est le tout-petit et donc c'est pour ça qu'on les vaccine tôt » ».

Réexpliquant l'évolution historique de la vaccination en lien avec l'émergence des maladies, les pédiatres sensibilisent aussi les parents en leur parlant de la vaccination en terme de santé publique : « c'est vrai qu'en terme de santé publique, les vaccins sont développés au fur et à mesure des besoins des pédiatres, des infectiologues qui disent là maintenant on a un problème, il faut arriver à éradiquer ça, on éradique les maladies les plus fréquentes », « ce que je leur explique quelques fois, c'est qu'en fait (…) on vaccinait diphtérie-tétanos-coqueluche et polio parce que c'était des maladies qui décimaient la population dans les années 50 et ensuite la première qu'on ait faite c'est la rougeole (…) après on a fait l'haemophilus parce que c'était le plus fréquent maintenant l'haemophilus n'existe plus, on a fait le pneumo, maintenant c'est plus le pneumo, on a fait le méningo C parce qu'on ne sait pas faire le méningo B, autrement on aurait fait le méningo B… ».

Un des pédiatres calcule le nombre de cas évités grâce au vaccin depuis le début de son utilisation : « moi je fais le calcul, … pour les méningites, … on fait le vaccin depuis tant d'années, depuis 20 ans on fait l'haemophilus, y'avait 600 cas par an en France, vous multipliez 20 par le nombre de cas ça paraît énorme et je dis « bah voilà ça fait tant d'enfants qui n'ont pas eu la méningite, et une méningite c'est grave », ça c'est parlant, un peu plus que par an, car par an ça paraît pas beaucoup ».

Face à la question fréquente des vaccinations obligatoires et conseillées, un pédiatre précise que «quand on leur explique la différence entre les vaccins qui sont historiquement obligatoires et légalement donc le DTP, que c'est historique, que c'est des vieux trucs qui trainent dans les papiers et que ceux qui sont vraiment recommandés, les vraies maladies qui trainent encore largement dans les hôpitaux, ils comprennent très bien la différence, ils adhèrent assez facilement effectivement ».

Face à la question des adjuvants, un pédiatre resitue l'utilisation des sels d'aluminium initialement comme médicament et l'apparition des effets secondaires en fonction de la dose ingérée : « je lui dis vous savez ça fait quand même 70 ans, 80 ans qu'on vaccine avec des sels d'aluminium comme adjuvant, elle me dit « vous ne vous rendez pas compte comment sont les cerveaux des gens ! », ah oui d'accord mais à un moment je sais qu'on

mangeait du sel d'aluminium quand on avait mal à l'estomac et quand on en mangeait 100g par jour on arrivait une encéphalopathie à l'alumine mais enfin c'est…ce qu'il y a dans le vaccin ça fait pas des kilos d'aluminium qu'on avale. Et donc c'est très étonnant ! ».

Les arguments en faveur de la vaccination contre la rougeole sont proches des arguments généraux pour la promotion de la vaccination.
Les pédiatres évoquent les risques de complications, cela nécessitant de fournir aux parents davantage d'explications, les complications de la rougeole étant moins connues que celles d'autres maladies.
Un des pédiatres nous explique : « Oui mais ça ils ne le savent pas (risque d'encéphalite), alors que quand on parle de la méningite à pneumocoque ça y est c 'est bon on n'a pas besoin d'en dire plus, y'a le mot méningite, alors que la rougeole il faut expliquer que ça peut donner une encéphalite (…) et ça ils ne savent pas ».

D'autres pédiatres parlent également de la rougeole en terme de santé publique : « effectivement si on vaccine contre la rougeole c'est parce qu'en terme de santé publique c'est une catastrophe. Alors ça quelques fois ils sont sensibles à ça ».
Ils expliquent aux parents que si on ne vaccinait pas contre la rougeole tout le monde l'attraperait et que le nombre de complications exploserait : « Bah si, quand tout le monde a la maladie ça fait beaucoup (…) tout le monde attrape la rougeole si on ne vaccine pas ».
Ils comparent alors les complications de la rougeole à celles de la méningite, soulignant le fait que si la population n'était pas vaccinée, les complications seraient plus nombreuses : « je leur dis que c'est vrai la rougeole c'est 1 sur 1000 qui va faire une encéphalite, 1 sur 2000 qui va en avoir des séquelles et quelques uns qui vont mourir de maladies respiratoires (…) en terme de santé publique, 1 sur 1000 ça fait 800 ou 1000 encéphalites dans l'année en France et ça au niveau épidémiologique c'est plus que n'importe quelle méningite » .

En cas de croyance personnelle en lien avec des maladies familiales, les pédiatres n'essaient pas de convaincre les parents.
En parlant d'une maman qui a associé la tumeur cérébrale de sa fille aux vaccinations qu'elle venait d'avoir, le pédiatre raconte : « j'ai un cas de figure et c'est ça leur argument, et ça on ne peut pas… on ne peut rien… (…) on ne peut pas leur sortir de la tête… et là on n'essaie pas de les convaincre ».

2.4.2. La place de la discussion

Au cours du focus groupe, les pédiatres évoquent la place de la discussion dans l'accompagnement vers la vaccination. Ils sont parfois obligés de négocier, de se justifier, d'expliquer et d'informer : « moi je passe du temps à expliquer ».
Un des pédiatres souligne qu'il n'y a beaucoup de parents réticents mais que parfois « la discussion est difficile… ».

Selon les pédiatres, les explications et la discussion prennent plus de place dans les consultations depuis quelques années : « j'ai l'impression que ça fait 5 bonnes années où vraiment on passe du temps sur les explications des vaccins pour se justifier, pour convaincre, ça prend énormément de temps et on y est de plus en plus confronté je trouve».

Un des pédiatres ébauche la notion de liberté des parents qui peut s'exercer une fois qu'ils sont informés : « on expose nos arguments… c'est pas grave, ils font ce qu'ils veulent les gens aussi… nous, on fait notre travail d'informer ».

La confiance des parents pour le médecin de leur enfant semble participer à une meilleure acceptation de la vaccination : « moi j'ai un exercice qui est très particulier (…) on a établi des liens qui sont très particuliers, il s'est passé beaucoup de choses pendant la période néonatale donc c'est vrai que (…) quand on dit « on fait », ils font ».

En cas de réticence, un des pédiatres propose au cours de la discussion de prendre l'avis du médecin généraliste : « parfois je les sens un peu réticents… Je dis : « Voyez avec votre médecin traitant », et celui-ci serait rarement nécessaire. « Ah ben non, le médecin traitant il dit qu'il faut suivre ce que vous dites » ».

2.4.3. Vers une acceptation

Cette discussion conduit dans la plupart des cas à la réalisation du vaccin : « après discussion, il y en a finalement relativement peu qui ne vaccinent pas, il y en a même très très peu qui finalement ne vaccine pas ». La rougeole entre dans ce cadre : « moi la rougeole y'en a quasiment aucun (qui refuse) ».

Et ceux qui refusent la totalité des vaccins sont vraiment peu nombreux : « il y en a très peu, c'est très marginal, moi je trouve, le refus de vaccin c'est 1 à 2 % pas plus », « moi je n'ai quasiment aucun qui refuse. C'est peut-être un par an, deux par an ».

Le refus complet de l'ensemble des vaccinations et notamment du DTP conduit les médecins à se positionner. Certains refusant alors de suivre l'enfant : « moi je dois avoir un patient, une maman qui a complètement refusé les vaccins et on a fini par se séparer car je ne voulais pas suivre son enfant s'il n'était pas vacciné ».
Alors que d'autres poursuivent le suivi malgré l'absence de vaccination : « j'en ai deux familles, je n'arrive pas à ne pas les suivre ».

2.5. Les explications des pédiatres

2.5.1. Concernant la différence de couverture vaccinale entre les pédiatres et les médecins généralistes

Une première hypothèse évoquée par un pédiatre est la différence de patientièle entre les pédiatres et les médecins généralistes. Ils ne suivent pas les mêmes profils de patients, les pédiatres étant moins confrontés aux populations réticentes : « on a quand même une clientèle sélectionnée, les gens qui font la démarche de venir voir le pédiatre ont déjà une certaine démarche intellectuelle par rapport aux vaccinations. Ça nous est plus facile à nous pédiatres de ville, pédiatres libéraux de proposer et de faire des vaccinations… ».

Un des pédiatres évoque la question du temps de la consultation : « est-ce que c'est pas aussi une question de temps ? Parce que nous on a quand même une demi-heure de prévue par enfant ». Une consultation plus courte laissant moins de temps pour aborder un ensemble de sujets dont la vaccination : « sur un temps plus court, on a le temps de faire moins de choses… ».

Les pédiatres pensent également vérifier de façon plus systématique l'état d'avancement des vaccinations : « on vérifie systématiquement les vaccins même si l'enfant vient pour un bilan autre (…) on a plus le réflexe ».

Un pédiatre nuance : « après ça peut nous arriver à nous aussi des familles qu'on connaît très bien, et oups on en a laissé filer un alors que la maman on la voit souvent (…) ça nous arrive aussi ».

Un des pédiatres évoque aussi la question de la vaccination en cas d'enfant malade avec ou sans fièvre : « dès que les enfants sont un petit peu malades, les généralistes ne les vaccinent pas, c'est mon impression, souvent les gens nous disent, pas que pour la rougeole, pour tous les autres vaccins, « oh bah comme il avait une rhino, il l'a pas vacciné » et « comme les mères les emmènent (chez le médecin généraliste) surtout quand ils sont malades et bah du coup y'en a qui sont jamais vaccinés ».

Un autre pédiatre interroge la place des consultations de suivi et celle des consultations imprévues : « moi je crois aussi qu'on fait bien la distinction, nous pédiatres, entre la visite prévue euh parce qu'à 16 mois, y'a une visite, à 20 mois y'a une visite, à 2 ans et tous les 6 mois euh… par rapport à la visite quand l'enfant est malade et qu'on le rajoute en plus, on fait plus rapide mais on sait qu'on va le revoir pour sa visite avec le vaccin et comme nous on fait bien la part des choses « visite prévue-visite imprévue », 'fin je pense, enfin je sais pas… ».

Un pédiatre soulève la question de la continuité du suivi, il pense que plus il y a d'intervenants, plus les vaccinations risquent d'être oubliées ou incomplètes : « j'ai remarqué à plusieurs reprises sur des enfants un nom de médecin traitant et finalement dans le carnet de santé un deuxième, un troisième, un quatrième qui sont souvent des remplaçants ou des personnes du même cabinet et du coup peut-être que la continuité du suivi est peut-être moins bien assurée aussi de ce fait là, beaucoup d'intervenants… ».

Un des pédiatres pense également que la discordance de point de vue des professionnels de santé concernant la vaccination ne favorise pas une bonne couverture vaccinale, et rend plus difficile la discussion et le cheminement vers l'acceptation de la vaccination.
Ils citent ce que les parents leur rapportent sur les consultations avec le médecin généraliste : « je ne sais pas ce qu'il s'est dit mais c'est ce qu'on nous rapporte donc c'est ce qu'ils ont compris en tout cas, c'est « oh non il ne faut surtout pas tout petit sinon ils vont être malades tout l'hiver si on commence les vaccins maintenant », ah ça on l'entend, c'est régulier, alors pas spécifiquement sur la rougeole mais sur tous les vaccins ».

Ils citent également les ostéopathes : « Le pire c'est quand eux (les parents) sont pris entre deux… je me souviens d'une maman, elle avait un médecin homéopathe vraiment homéopathe pur et dur et moi, et du coup elle avait deux discours (…) elle n'arrivait pas à choisir son camp ».

Pour certains pédiatres, l'inscription des dates ou des âges dans le carnet de santé peut être une source d'erreur dans l'application du calendrier vaccinal : « j'avoue que parfois ça m'énerve quand effectivement je vois dans le carnet de santé euh la date ou l'âge qui est noté, surtout quand c'est un âge…euh quand c'est noté 24 mois alors qu'on aurait pu le faire plutôt ou que c'est pas le bon âge ».

2.5.2. Concernant le défaut de couverture vaccinale en général

Un des pédiatres soulève la question de la thermo stabilité du Priorix® : « est ce que le fait que la chaîne du froid doit être très très bien respectée pour le ROR c'est aussi quelque chose qui fait que la vaccination est moins efficace ? Le Priorix® est vraiment un vaccin… il doit rester au froid tout le temps or c'est vrai quand on voit les gens arriver, ils ont fait avec un petit sac de la pharmacie, qui au niveau isotherme est zéro, le vaccin il est tiède et s'il a trainé 3 ou 4 heures, je ne suis pas sûr qu'il soit aussi efficace ».

Les recommandations « doubles » au cas par cas pourraient également participer à la mauvaise couverture vaccinale : « moins les indications sont claires, moins les gens sont vaccinés, c'est-à-dire si on dit celui-là il faudra le vacciner à 9 mois, celui-là il faudra le vacciner à 12 mois, alors là on n'y arrive pas », ainsi que les modifications répétées du calendrier vaccinal demandant aux médecins d'adapter sans cesse leur pratique.

Un défaut de formation en épidémiologie des médecins et des étudiants pourrait également favoriser une moins bonne couverture vaccinale: « c'est d'inculquer aux gens que quand on fait de la macro-épidémiologie mais macro c'est-à-dire à l'échelon d'un pays ou d'une région, qu'effectivement si y a trois personnes qui ont vu trois enfants décédés de la rougeole, y'en a forcément, les 10 000 autres médecins, qui n'en ont jamais vu et ça ne veut pas dire que ça n'existe pas, parce que souvent j'ai l'impression que le médecin dit « ben non ça on en voit jamais » ».

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Intérêts de nos focus groupes

La dynamique de groupe recherchée par la technique du focus groupe nous a permis de faire émerger différentes opinions, connaissances et réactions notamment grâce aux interactions entre les différents médecins.

Chaque participant a ainsi été incité à approfondir, expliciter et justifier sa prise de position et a pu rebondir sur les propos d'un autre pour confirmer, contredire ou apporter de nouvelles idées.

Pour étudier les pratiques des médecins, nous aurions pu utiliser la technique des entretiens individuels mais nous aurions perdu le bénéfice de la dynamique de groupe.

Chaque intervention a été prise en compte. Une idée exprimée une seule fois ayant autant d'importance qu'une idée reprise par plusieurs participants.

Cette méthode d'enquête qualitative avait plusieurs avantages : elle permettait de recueillir rapidement des informations et des points de vue ; le groupe n'avait pas besoin d'être représentatif de la population générale et les informations obtenues étaient exploitables d'emblée.

Il existe dans la littérature quelques articles ayant utilisé la méthode des focus groupes pour étudier la vaccination ROR, notamment en Grande-Bretagne. Des parents ont été interrogés sur leurs ressentis quant à la vaccination ROR (16). Aucune ne traite des pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes.

1.2. Limites de nos focus groupes

Les résultats de notre travail ne sont pas généralisables à une population car la variation dans les échantillons des deux focus groupes n'est pas maximale. La sélection des médecins généralistes pour le tirage au sort s'est faite uniquement sur le sexe ; l'âge et le lieu d'exercice n'ont pas été pris en compte. Pour le groupe des pédiatres, nous n'avons pas réalisé de tirage au sort.

La dynamique de groupe peut également avoir des limites. Certains participants ont pu ne pas oser prendre la parole du fait de difficultés à s'exprimer en public ou par peur du jugement des autres. Ils ont pu également nuancer leurs réponses souhaitant rester socio-culturellement corrects. A l'inverse, d'autres ont pu occuper la place de « leader » et monopoliser la parole. Il faut également préciser que les pédiatres présents se connaissaient entre eux à l'inverse des médecins généralistes. Cela ayant pu conduire dans la discussion à limiter la prise de parole de certains.
Des lacunes dans la connaissance de la technique du focus groupe nous ont également conduit à interroger, au travers des questions du guide d'entretien, le savoir des médecins.
Aucune étude pilote préalable n'a été faite pour tester la compréhension des questions du guide d'entretien.
L'animation d'un focus groupe est un travail complexe. Il s'agissait pour le Dr Marais de sa première expérience. Il a pu quelques fois, involontairement, orienter les réponses des participants, s'écarter du sujet ou relancer la discussion par des questions fermées. Le Dr Marais était également plus à l'aise avec le groupe des médecins généralistes, peut-être par une meilleure connaissance de leur pratique.

Par ailleurs certaines choses n'ont pas été abordées de la même façon d'un focus groupe à l'autre, certains sous-thèmes ont été plus explorés chez les médecins généralistes que chez les pédiatres, et inversement.

Il faut aussi préciser qu'aucun des médecins généralistes et pédiatres n'avait participé à un focus groupe auparavant.

Même si l'analyse des données a été réalisée par les deux auteurs en aveugle et parallèlement par les deux directrices de thèse permettant un double codage et une analyse par lecture croisée des résultats, elle reste interprétative et subjective.

Notre recrutement ayant été difficile par le manque de disponibilité de nombreux médecins mais aussi du fait de la distance entre leur lieu d'exercice et la faculté de médecine, nos échantillons de six médecins étaient probablement insuffisants pour permettre une variété de perception du sujet discuté.

Par ailleurs, comme l'ont souligné des médecins généralistes, il existe un biais de sélection car leur participation à notre travail de thèse est en lien avec un intérêt et une pratique

quotidienne pédiatrique sûrement plus importante que pour d'autres médecins généralistes.
Dans les deux groupes, le premier focus groupe a réuni six personnes alors que le second seulement cinq. Cela a pu conduire à une perte d'information.

2. Discussion des résultats

2.1. Les pratiques

2.1.1. Les points communs des pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes

Les pédiatres et les médecins généralistes ont été autant et aussi peu confrontés à l'épidémie de rougeole dans leur pratique professionnelle.
Cependant ils sont de plus en plus favorables à la vaccination ROR. En effet, la proportion de médecins généralistes très favorables à celle-ci s'accroit depuis 1994 (17).
On peut aussi supposer que l'épidémie a pu être un facteur favorisant la sensibilisation des professionnels à la réalisation du vaccin ROR.

Les pédiatres et les médecins généralistes sont acteurs de la prévention vaccinale. Ils appliquent et font confiance aux recommandations et aux études épidémiologiques.
D'après S.Massin et al, les sources d'information les plus fréquemment citées par les médecins généralistes concernant la vaccination étaient les revues médicales scientifiques (86.6%), les sources officielles du type Ministère ou agences officielles (86.0%) et les sites Internet spécialisés ou de presse médicale (73.9%) (18).

Notre étude montre que la pratique des pédiatres et des médecins généralistes est influencée par la rencontre personnelle ou professionnelle de cas de rougeole. Ces expériences modifient leurs attitudes de prévention et interroge la participation des affects comme déterminants de la pratique.

Le rattrapage du ROR est prescrit au moment de la réalisation de la première injection. L'intégration de la vaccination dans une consultation de suivi, la trace écrite de la vaccination et le temps de la prescription sont présents de la même façon chez les pédiatres

et les médecins généralistes, suivant les recommandations de l'HAS et du Code de la santé publique (18, 19, 20).

Les pédiatres et les médecins généralistes reportent une vaccination chez un enfant opposant, douloureux ou présentant une altération de son état général.

Aucune des deux spécialités n'utilise les rappels informatiques pour l'application du calendrier vaccinal chez les enfants. Pourtant, l'HAS sur les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) (21) reconnaissait qu'ils sont un moyen potentiel pour améliorer la qualité et la sécurité des soins avec une conformité des prescriptions aux recommandations. Cela est confirmé dans les deux tiers des études rapportées dans la littérature (22).

2.1.2. Les points qui diffèrent

Selon notre travail, l'âge de l'injection de la seconde dose de ROR n'est pas le même dans les deux groupes. La plupart des pédiatres réalisent la seconde dose avant l'âge de 24 mois, selon une application du calendrier vaccinal propre à chacun.
Les médecins généralistes prévoient la seconde injection de ROR à l'âge de 24 mois, au moment de la visite de suivi prévue par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Ce résultat nous conduit à penser que la liberté que prennent les pédiatres quant à la date d'injection du second ROR résulte d'une compréhension et d'une appropriation du calendrier vaccinal.
Une étude du Département Médecine de famille de Caroline du Nord, menée par D.Pathman en 1996, confirmait qu'établir des recommandations ne suffisait pas à obtenir une bonne couverture vaccinale et qu'il fallait en plus que les médecins les connaissent, les approuvent, en acceptent l'esprit, décident de les adopter et enfin les mettent en pratique dans les situations adaptées. Les pédiatres sembleraient adopter cette logique cognitivo-comportementale (23, 24).
A l'inverse, selon notre étude, les médecins généralistes se positionnent dans un rôle d'effecteur, appliquant les recommandations sans véritablement se les approprier.

Cette seconde injection est comprise par la majorité des médecins généralistes comme un rappel. Pour les pédiatres, il s'agit bien d'un rattrapage.

De même, la question de l'immunité transmise par la persistance d'anticorps maternels chez le nourrisson n'est pas assimilée par les médecins généralistes. Les effets secondaires de la vaccination sont également moins bien connus par ces derniers.

Ceci peut s'expliquer par des sources d'information sensiblement différentes entre pédiatres et médecins généralistes. Les données scientifiques sont plus nombreuses, précises et actualisées dans le groupe des pédiatres. L'étude de B.Laval et al précise qu'Infovac est cité comme source d'information par les pédiatres mais pas par les médecins généralistes, alors qu'ils nomment tous les deux l'HAS et le BEH (25). De la même façon, leurs formations médicales initiale et continue diffèrent.

Autre constatation, les médecins généralistes décalent de façon systématique l'injection en cas de fièvre. Deux études réalisées par P.Szilagyi en 1996 et G.Peter en 1997 montraient qu'il n'y avait pas de preuve qu'une pathologie infectieuse aigüe mineure réduise l'efficacité des vaccinations ou augmente le risque d'effets indésirables (26, 27). Ce que confirme le rapport de l'HAS (20) en précisant qu'une maladie bénigne sans atteinte de l'état général (épisode infectieux mineur, eczéma, asthme, etc.) n'empêche pas une vaccination.
Les pédiatres ont une pratique en accord avec les données de la littérature et ne retardent la vaccination qu'en cas de pathologie infectieuse aigue sévère.

Une connaissance insuffisante des informations liées à la vaccination et à ses contre-indications participerait à une moins bonne appropriation du calendrier vaccinal par les médecins généralistes et donc à une moins bonne application de celui-ci, alors qu'ils sont dans leur très grande majorité (82,1%) favorables à la vaccination ROR (17).

Chacune des deux spécialités s'attribue et attribue à l'autre un rôle spécifique : les pédiatres ayant un rôle préventif, notamment lors des visites de suivi, et les médecins généralistes un rôle curatif, faisant face aux épisodes aigus notamment infectieux. Cette répartition des fonctions est également bien présente dans les représentations qu'ont les patients de ces deux spécialités. En effet, plusieurs sites et blogs de conseils aux parents les considèrent ainsi (28, 29). Pourtant une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publiée en 2009 précise que 67% de l'activité des pédiatres est consacrée aux affections récentes ou aiguës (30). L'activité de prévention des médecins généralistes occupe 11% de leur activité globale (30) et 13% de leur activité

pédiatrique. Elle représente, à travers la vaccination et les examens systématiques de prévention, une consultation sur huit pour les enfants de moins de 16 ans (31).
Une valorisation, une formation spécifique de prévention et une intégration par les médecins généralistes de leur rôle de prévention en soins primaires pourraient permettre d'améliorer la couverture vaccinale.
Les questionnements autour de la vaccination conduisent les parents à discuter de celle-ci avec les médecins. En effet, dans l'étude de S.Massin et al, trois quarts des médecins généralistes déclaraient discuter souvent ou très souvent des bénéfices et des risques de la vaccination avec leurs patients (18).
Les médecins généralistes remarquent que les échanges aident les parents à cheminer. Ils insistent sur le temps laissé à ces derniers pour que la réflexion autour de la vaccination puisse se faire, qu'elle permette un passage vers une acceptation de cette dernière.
Dans le Guide des vaccinations 2012, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) précise que lors du dialogue avec le patient, la prise en compte des représentations ou des savoirs préalables de la personne est essentielle, car ils peuvent être des obstacles à la compréhension et à l'appropriation de connaissances nouvelles. Il invite à rassurer la personne, à lui permettre d'exprimer ses craintes, à répondre à ses questions et à lui laisser une part d'initiative dans la décision (19).

Le suivi des enfants est également différent dans les deux groupes.
Les pédiatres sont confrontés à une rupture de suivi après 24 mois. Dans l'étude de R.Cohen parue dans Médecine et Enfance en 2001, les pédiatres citaient comme motifs de non-vaccination, à propos de la seconde dose de ROR, l'absence de consultation (39,5%), l'oubli (21%) et le nomadisme médical (14,8%) (32).
Cette crainte de la perte de suivi justifie en partie le fait de favoriser dans leur pratique la seconde injection de ROR avant l'âge de 24 mois.
Les médecins généralistes n'ont pas à faire face à cette problématique. Cette hypothèse est confirmée dans un article, mis à jour en 2006 et publié par MG France, qui montre que de 30 mois à 7 ans, les médecins généralistes assurent 80% des actes de suivi de la santé des enfants (33).

La place laissée au cheminement et la possibilité pour les médecins généralistes de reporter une vaccination sans craindre une rupture du suivi pourrait également expliquer une partie des retards par rapport au calendrier vaccinal.

Le carnet de santé est utilisé par les médecins généralistes comme support explicatif. Ils y notent les dates ou les âges prévus des vaccinations de façon à ce que les parents soient impliqués dans le suivi vaccinal de leur(s) enfant(s) et que cela constitue un rappel visuel, limitant le risque de retard ou d'oubli. Il est, à ce titre, présenté dans plusieurs articles comme le support privilégié pour la continuité des soins (34, 35). De leur côté, les pédiatres utilisent l'ordonnance pour préciser l'âge de la vaccination et notent sur le carnet de santé les vaccins une fois réalisés.

2.1.3. Les points spécifiques

Le vécu de l'acte vaccinal est abordé par les médecins généralistes. Il apparaît que, pour les parents et les enfants, ce dernier est difficile à vivre, douloureux, source d'inquiétude et qu'il peut perturber la relation des enfants avec leur médecin. Les médecins précisent ensuite que pour eux il ne s'agit pas d'un acte anodin et qu'ils sont soulagés quand les vaccinations se terminent.

Une étude testant une stratégie multifactorielle de prise en charge de la douleur en médecine générale auprès de 239 enfants âgés de 5 à 12 ans montrait que les parents et les médecins étaient d'accord pour dire qu'un protocole alliant préparation psychologique de l'enfant par ses parents, utilisation préalable d'un patch anesthésiant, information de l'enfant par le médecin, présence rassurante d'un des parents et distraction de l'enfant au cours de la vaccination, avait permis de diminuer la douleur liée à la vaccination et qu'ils souhaitaient que les prochaines vaccinations soient réalisées dans les mêmes conditions (36).

De même, les médecins généralistes évoquent l'utilisation de l'Emla® pour les vaccinations. Ils en ont une utilisation différente, certains ne l'utilisent jamais. Cette question n'a pas été soulevée dans les focus groupes des pédiatres.

On retrouve dans la littérature différents points de vue concernant son utilisation systématique et son efficacité (37).

Cependant, plusieurs études ont montré que l'application d'un anesthésique topique local diminuait la douleur immédiate de la vaccination, notamment celle liée à l'effraction cutanée (38), qu'il était sûr (39) et que la lutte contre la douleur liée aux vaccins était utile (40).

Son utilisation est par ailleurs recommandée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (41).

Une prise en charge globale de la douleur participe à une ambiance plus sereine autour de l'injection et favorise la vaccination de certains enfants dont les parents sont réticents.

Concernant la vaccination ROR, le Priorix® est identifié par les médecins généralistes comme non douloureux. En effet ils classent les vaccins en fonction de la douleur qu'ils provoquent. Plusieurs auteurs pensaient également que le Priorix® ne fait pas mal. (37)

La tendance de certains médecins généralistes à réexaminer un enfant, en cas de vaccination à faire en dehors d'une visite de suivi, interroge le sens que les médecins donnent à la réalisation de l'acte technique de vaccination. Elle ne serait pas suffisante pour justifier à elle seule une consultation.
Alors que les médecins généralistes reconnaissent être moins précis que les pédiatres dans certains domaines spécifiques à la pédiatrie, ils considèrent appliquer correctement le calendrier vaccinal. Pourtant une étude française menée dans 4 départements de Franche-Comté comparait la prise en charge des enfants par les pédiatres à celle des médecins généralistes et montrait une meilleure couverture vaccinale pour le ROR dans le groupe des pédiatres (42). Cela interroge la capacité des médecins généralistes à auto-évaluer leurs connaissances.

2.2. Les réticences parentales comme une des explications au défaut de la couverture vaccinale

Les oppositions à la vaccination représentent un des obstacles à la prévention des maladies infectieuses et participent au défaut de couverture vaccinale.

Une étude menée aux Etats-Unis sur 150 000 nourrissons entre 1995 et 2001 montrait que les parents des enfants sans aucune vaccination s'y étaient opposés intentionnellement, alors qu'une insuffisance vaccinale était la traduction d'une négligence ou d'un oubli parental (43).

Selon notre étude, ces réticences ne sont pas spécifiquement centrées sur le ROR, elles concernent les vaccins dans leur globalité. D'après l'INPES, 16% des personnes défavorables à la vaccination ROR l'étaient pour l'ensemble des vaccins (44).

Les deux groupes notent également une hiérarchie dans le refus des vaccins, évoquant l'hépatite B en premier, le pneumocoque et la rougeole en second. L'INPES confirme cette tendance, l'opposition à la vaccination contre l'hépatite B étant sept fois plus importante que l'opposition à la vaccination contre la rougeole (44).

Les pédiatres et les médecins généralistes se représentent de la même façon les parents réticents. Ils citent les paramédicaux, les naturopathes, les homéopathes, les intellectuels et les populations citadines.
La même enquête montrait que parmi les 9 % de la population défavorable à la vaccination, certains groupes étaient sur-représentés, notamment les personnes ayant recours à l'homéopathie et à l'acupuncture. Elle précisait que les personnes âgées et les personnes s'estimant mal informées étaient également résistantes à la vaccination (44).
Une autre étude soulignait que les parents réticents avaient un niveau d'instruction supérieur et un niveau socio-économique plus élevé que les autres parents (45).

Les praticiens expliquent que, dans leur pratique quotidienne, ils rencontrent peu de parents réticents. L'INPES montrait en avril 2011 que 81% de population française était favorable à la vaccination (46).
L'enquête Nicolle va même jusqu'à souligner que plus d'une personne interrogée sur deux serait en faveur de l'obligation vaccinale (47).

Dans notre étude, les médecins généralistes semblent être plus fréquemment confrontés aux parents réticents. Ceci peut être expliqué par une différence de patientèle.
Ils remarquent, par ailleurs, que chez les parents réticents initialement, la discussion, l'information puis la réflexion conduisent le plus souvent à une acceptation de la vaccination. Plusieurs études révélaient qu'il existait un lien entre le manque d'information et le fait que les enfants soient non ou mal vaccinés (48, 44). 40% des personnes interrogées, lors d'une enquête en 2004, déclaraient « ne pas savoir comment marche un vaccin » (49). On peut alors imaginer qu'une meilleure information des parents favoriserait la vaccination de leur(s) enfant(s).

Les arguments entendus par les deux groupes sont identiques et rejoignent les réticences identifiées plus largement par les autorités, notamment lors d'une enquête qualitative réalisée par l'institut de sondage IPSOS en 2001 auprès du grand public (50). Face à ceux-ci, les pédiatres et les médecins généralistes ont une pratique active de convaincre

similaire.

En premier lieu, ils sont confrontés à une population qui considère à tord la rougeole comme une maladie bénigne. L'enquête Nicolle précisait que la rougeole n'est pas évoquée comme une des maladies infectieuses les plus redoutées par la population générale alors que treize maladies y sont citées dont la grippe, la coqueluche, la bronchiolite, la rhinopharyngite (46).
De même, le Baromètre Santé 2000 montrait que parmi les parents qui n'avaient pas l'intention de faire vacciner leur(s) enfant(s), le principal refus avancé par les parents était le caractère bénin de la rougeole, des oreillons et de la rubéole (51).

Les médecins insistent alors sur la gravité de la maladie contre laquelle le vaccin protège, évoquant les complications possibles jusqu'à faire peur. Pourtant d'après le Guide des vaccinations 2012, donner à une personne des informations potentiellement effrayantes sur la maladie à laquelle elle s'expose en cas de refus de vaccin ne l'inciterait pas forcément à accepter la vaccination ; cela pourrait même avoir l'effet opposé et renforcer ses résistances (19, 52).

« Pourquoi se vacciner alors que la maladie n'existe plus ? » est un des arguments des parents cités par les médecins. P.Bégué, infectiologue, ancien directeur du Comité de vaccination, membre de l'Académie nationale de médecine, explique dans son article sur l'origine du refus des vaccinations que la société occidentale ne perçoit plus le bénéfice et la justification de la vaccination pour des maladies qu'elle considère disparues et que souvent elle méconnait (48). Une étude réalisée en 2005 par l'INPES et l'institut de sondage BVA, auprès d'un échantillon représentatif de 400 médecins généralistes et pédiatres, montrait que même les professionnels sont concernés par ce phénomène. En effet, plus de la moitié d'entre eux s'interrogeaient sur l'opportunité de certains vaccins proposés aux enfants (53).

La crainte des complications de la vaccination par le ROR est également exprimée par certains parents selon le groupe des pédiatres. Le Baromètre Santé 2000 montrait alors que 29% des parents d'enfants de 7 à 15 ans l'évoquaient comme premier motif de non-vaccination par le ROR (51). P.Bégué précisait qu'on assiste dans la société actuelle à une inversion de la balance bénéfice-risque et qu'en effet la crainte des effets adverses des vaccins a pris le pas sur la peur des maladies (48). 38 % des patients interrogés, lors d'une

étude sur la perception de la vaccination, pensaient qu'en se faisant vacciner, il était possible d'attraper une forme grave de la maladie contre laquelle le vaccin était censé protéger (49).

Face à ces différentes oppositions, les données épidémiologiques concernant les maladies et leurs complications ont une place centrale dans l'argumentaire des pédiatres et des médecins généralistes. L'INPES précisait qu'il est important de pouvoir fournir des données concrètes qui justifient l'intérêt de la vaccination et qui comparent la fréquence et la nature des complications dues aux maladies à celles dues aux vaccins. P.Bégué proposait une amélioration de la formation sur la vaccination et notamment sur les données épidémiologiques afin de permettre une information claire et adaptée des patients pour augmenter la couverture vaccinale (48).

Les pédiatres et les médecins généralistes perçoivent une difficulté chez les patients à mesurer l'intérêt collectif de la vaccination et le risque de transmission des maladies. L'INPES confirmait cette tendance : la moitié des médecins généralistes et des pédiatres jugeaient que les patients percevaient cette immunité comme peu importante. Ceci à tort car la suite de l'étude montrait que 95 % de la population interrogée considéraient qu'il était important d' « éviter de transmettre un microbe en se faisant vacciner » (46).
De leur côté, la grande majorité des médecins reconnaissent l'importance de l'immunité de groupe conférée par la vaccination (47) et l'utilisent comme argument pour convaincre. P.Bégué parle même de responsabilité citoyenne et de solidarité en matière de vaccination (54).

La notion de vaccin obligatoire ou recommandé pose également des difficultés aux deux groupes, pouvant donner lieu à des explications compliquées. En effet, cette dualité laisse penser au public qu'un vaccin recommandé peut être facultatif, ce qui entrave la compréhension de la politique vaccinale (48). Elle se révèle également être un appui pour les patients afin de limiter leurs vaccinations aux vaccins uniquement obligatoires. Cela explique peut-être que 42% des médecins (médecins généralistes et pédiatres) estimaient qu'il faille rendre obligatoire tous les vaccins existants (46, 47).

Certaines croyances personnelles entrent également en jeu dans le refus de la vaccination, notamment l'identification du parent à ses propres parents ou grand-parents comparant les pratiques actuelles à ce qui se faisait avant. De même, certaines croyances sont en lien avec

le vécu de la personne. Il peut aussi s'agir de croyances sans fondement. L'INPES précisait en 2009 que 23 % des parents opposés à la vaccination ne pouvaient préciser contre lesquelles ils étaient défavorables (44).

Les pédiatres et les médecins généralistes témoignent que la population de parents réticents dénonce la manipulation de l'industrie pharmaceutique et des autorités sanitaires. Les pédiatres ajoutent que les parents questionnent les effets de la présence des sels d'aluminium dans certains vaccins, ainsi que la toxicité des adjuvants et des conservateurs. Cette notion n'est pas abordée dans le focus groupe des médecins généralistes.
En effet, lors d'une étude menée par le BVA, le questionnement des parents portait sur l'efficacité des mesures de sécurité employées dans la fabrication des vaccins et la validité des essais cliniques. Plus de la moitié des personnes interrogées étaient alors d'accord avec l'idée qu'il était très angoissant de se faire vacciner avec un nouveau vaccin, même s'il avait été soigneusement testé (49). Cette inquiétude était présente chez un tiers des pédiatres et des médecins généralistes (53). Elle traduit la perte de confiance dans les expertises et dans la validité des connaissances scientifiques.
Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2009 montrait que cette remise en cause des parents de la fiabilité des sources résultait des conflits d'intérêt avec l'industrie des vaccins (55).

Les polémiques et doutes, régulièrement relayés par les médias, aggravent la peur et le refus des vaccins.
Les médias sont, pour les médecins généralistes et les pédiatres, la principale source d'information des parents. Ils les considèrent dans l'ensemble plutôt comme une source de désinformation (48). Alors que pour plus de 90 % de la population, le médecin est le principal vecteur d'information sur la vaccination (19).
De plus, notre travail montre que, pour les praticiens, l'avis d'un proche travaillant dans le milieu médical ou paramédical est également une source d'information pour les parents. Dans 15% des cas, il s'agirait de la famille et des amis (55).

D'après notre étude, la confiance que les parents ont dans leur médecin facilite l'acceptation de la vaccination. Le Baromètre Santé 2009 montrait que les patients attachent beaucoup d'importance à l'avis de leur médecin pour prendre la décision de se faire vacciner (17).
L'identification du patient à son médecin favorise également la vaccination. L'étude de S.Masson et al. confirme que le statut vaccinal du médecin généraliste est un facteur

favorisant l'acceptation de la vaccination (18). Les médecins généralistes de notre étude utilisent également des arguments de leur vécu personnel pour convaincre.

Ces différents constats mettent en évidence le rôle essentiel des médecins dans la promotion de la vaccination par une information claire et adaptée aboutissant à une meilleure acceptation de la vaccination par les parents.

2.3. Les autres causes du défaut de couverture vaccinale

Les modifications répétées du calendrier vaccinal sont nommées par les deux groupes comme une difficulté supplémentaire à son application. Les changements fréquents de stratégie ne sont pas toujours bien compris et engendrent de la méfiance, aussi bien chez les patients et que chez les médecins (48). La différence des calendriers vaccinaux d'un pays à l'autre et l'absence d'uniformisation européenne favorisent le questionnement.

La difficulté du suivi conjoint est réelle pour les deux groupes et pour l'ensemble des médecins. Pour eux, la multiplication des intervenants peut être source d'erreur. Pourtant, la majorité des enfants bénéficie de ce suivi conjoint, choisi par les parents et possiblement en lien avec la répartition des rôles préventif et curatif entre pédiatres et médecins généralistes. En effet, lors d'une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002, il a été montré que parmi les enfants de moins de 3 ans, 55 % ont été suivi conjointement par un généraliste et un pédiatre (31).

Les pédiatres avancent la question du temps dédié à la consultation comme une des explications au défaut de couverture vaccinale. Ils expliquent qu'ayant moins de temps lors d'une consultation, les médecins généralistes ne peuvent pas évoquer avec les parents les différents éléments d'une consultation pédiatrique et qu'ainsi le respect de la chronologie des vaccinations est laissé de côté. En moyenne, une consultation en pédiatrie de ville dure entre 15 et 25 minutes (30), alors qu'elle dure au cabinet d'un médecin généraliste en moyenne 18 minutes. Cette durée était cependant variable d'un médecin à l'autre (56). Une étude conduite en 2002 par la DREES montrait également que la durée de celle-ci dépendait étroitement de la pathologie diagnostiquée. Elle était un peu plus longue pour une consultation de prévention.

CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée aux pratiques des pédiatres et des médecins généralistes concernant la seconde injection de la vaccination ROR chez les nourrissons. Elle nous a permis de mettre en évidence des spécificités de pratique qui expliquent l'écart de taux de couverture vaccinale observé en faveur des pédiatres.

Alors que les médecins généralistes ont un rôle central à jouer dans l'amélioration de la couverture vaccinale, à la fois à travers la relation de confiance établie avec le patient mais également comme principal transmetteur de l'information autour de la vaccination, ils s'attribuent plutôt un rôle curatif que préventif. Effecteurs de l'acte vaccinal, ils appliquent les recommandations et s'approprient peu le calendrier. Ceci s'explique par une connaissance partielle des données de la vaccination en lien avec des sources d'informations moins précises et une formation initiale et continue moins spécifique.

Le temps de la vaccination n'est pas le même pour les deux spécialités. Les médecins généralistes ne sont pas confrontés à la rupture du suivi des enfants après l'âge de 2 ans contrairement aux pédiatres. Ils s'autorisent ainsi plus facilement à reporter une vaccination, notamment en cas de fièvre, et à laisser la place au cheminement et à la réflexion des parents.

Contrairement à une de nos hypothèses, les réticences parentales, que rencontrent les pédiatres et les médecins généralistes, sont peu nombreuses et interviennent peu dans la différence du taux de couverture vaccinale. Face à celles-ci ils développent une pratique active de convaincre similaire.

Le suivi d'un enfant partagé entre plusieurs praticiens et les modifications répétées du calendrier vaccinal sont identifiées par les pédiatres et les médecins généralistes comme participant au défaut de couverture vaccinale, ce qui n'avait pas été envisagé initialement.

Une valorisation et une intégration par les médecins généralistes de leur mission de prévention en soins primaire, une information de ces derniers en amont des campagnes de vaccination et une formation spécifique à la santé communautaire pourraient améliorer les taux de couverture vaccinale.

Une accentuation de la formation au cours du cursus universitaire semble primordiale pour permettre aux futurs médecins généralistes une meilleure compréhension des enjeux en matière de vaccinologie et une meilleure appropriation du calendrier vaccinal.

Des réponses scientifiques, épidémiologiques, compréhensibles et actualisées semblent adaptées pour répondre aux arguments avancés par les parents refusant une vaccination ; un discours moralisateur ou menaçant ne permettant pas de convaincre.

Une amélioration de la collaboration et des échanges entre pédiatres et médecins généralistes, autour d'objectifs communs de prévention, apparaissent pertinents.

Le respect des recommandations est essentiel pour maintenir un taux de couverture vaccinale optimal permettant l'éradication de la rougeole. La mise en évidence des particularités d'exercice des médecins généralistes peut expliquer le retard dans la réalisation de certaines vaccinations.
Un travail complémentaire sous la forme d'études observationnelles permettrait d'étudier les pratiques tout en appliquant les objectifs vaccinaux.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Ministère des affaires sociales et de la santé. Epidémiologie et surveillance. Avril 2009. Disponible sur : www.sante.gouv.fr/epidemiologie-et-surveillance.html

(2) INVS. Dossier Rougeole. Mise à jour janvier 2014.
Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Rougeole

(3) OMS. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale. Plan stratégique pour la Région européenne de l'OMS, 2005-2010.
Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79031/E88334.pdf

(4) OMS. Nouveau plan stratégique mondial de lutte contre la rougeole et la rubéole pour la période 2012-2020.
Disponible sur :
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/measles_20120424/fr/

(5) OMS. Measles vaccines : WHO position paper. Weeky epidemiological record, 2009 august 28 ; 35, 84 : 349–360.
Disponible sur : http://www.who.int/wer

(6) Gaudelus J, Cohen R. L'élimination de la rougeole passe par une augmentation de la couverture vaccinale et deux doses de vaccin rougeole-rubéole-oreillons. Méd Enf 2008 ; 28 : 202-5.

(7) Cohen R, Floret D, Parent du Château I, Vie Le Sage F, Grimprel E, Olivier C. Semaine de la Vaccination 2011. Actualités Vaccinales.

(8) Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale. Juin 2005.
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf

(9) INVS. BEH 2005.
Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2005/29_30/beh_29_30_2005.pdf

(10) INVS. Epidémie de rougeole en France, point d'actualité et données provisoires 31/12/2013, janvier 2014.

(11) Gaudelus J, De Pontual L. Couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole en France. Med Therap Ped 2010 ; 13 : 405-10.

(12) Gaudelus J et al. Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, la rubéole et les oreillons en 2010. Méd Enf 2011 ; 31 : 135-9.

(13) Haut conseil de la santé publique. Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes. Février 2011.

(14) Gaudelus J, Cohen R, Lepetit H, Gaignier C. Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de l'hépatite B en France en 2008.

Méd Enf 2009 ; 29 : 207-12.

(15) Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. CHU-Nice.

(16) Evans M, Stoddart H, Condon L, et al. Parents' perspectives on the MMR immunisation : a focus group study. British Journal of General Practice 2001 ; 51 : 904-10.

(17) Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pour-nous-citer.asp#sthash.iiZHiY3N.dpuf

(18) Massin S, Pulcini C, Launay O, Flicoteaux R, Sebbah R, Paraponaris A et al. Opinions et pratiques d'un panel de médecins généralistes français vis-à-vis de la vaccination. Glob Health Promot. 2013 ; 20 (Supp.2) : 28–32.

(19) Direction générale de la Santé. Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Édition 2012. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2012 : 488 p.

(20) Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Vaccinations en pédiatrie. Août 2005 : 11p.

(21) Haute Autorité de Santé. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. Juillet 2010.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medicale

(22) Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. JAMA 2005 ; 293(10) : 1223-38.

(23) Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness to adherence model of the steps to clinieal guideline compliance : the case of pediatrie vaccine recommendations. Med Care 1996 ; 34: 873-89.

(24) INSERM (dir.). Vaccinations : Actualités et perspectives. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 1999, XIV- 349 p. - (Expertise collective).
Disponible sur : http://hdl.handle.net/10608/197

(25) Laval B, Fascia P, Gocko X, Feuillet J, Lucht F. Determinants of vaccination coverage for children and teenagers. Médecine et maladies infectieuses 2011 ; 41 : 359-63.

(26) Peter G. 1997 Red Book : Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed.. Elk Grove Village (IL) : American Academy of Pediatrics ; 1997.

(27) Szilagyi P, Rodewald L. Missed opportunities for immunizations. A review of evidence. J Pub Health Manag Pract 1996 ; 2 : 18-25.

(28) Planet Vertbaudet, blog de parents, http://www.planet.vertbaudet.com/medecin-generaliste-ou-pediatre.htm. Consulté le 27 mars 2014.

(29) Infobébés, blog de parents, http://forum.infobebes.com/Mon-bebe/Sante-maladies-infantiles/medecin-traitant-pediatre-sujet_165826_1.htm. Consulté le 27 mars 2014.

(30) DREES. Brocas A-S, Dupays S. Etudes et résultats, Consulter un spécialiste libéral à son cabinet, 2009 ; 704.

(31) DREES. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites, 2007.

(32) Cohen R, Lévy C, de la Rocque F, Boucherat M. Vaccination rougeole, oreillons, rubéole : des recommandations à la pratique. Méd Enf Juin 2001 ; 307-10.

(33) Olivier-Koehret M. Les médecins généralistes et la prise en charge de la santé des enfants en 3 points. MG France, Syndicat des Médecins Généralistes, 2006.

(34) Conseil national de l'ordre des médecins. Bohl I. Santé de l'enfance et de l'adolescence : prises en charge, 2011.

(35) Sommelet D. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents. Commandité par le ministère de la santé et des solidarités, 2006.

(36) Journées de Recherche clinique du CHU de Nancy. Rendre la vaccination de l'enfant plus acceptable à l'aide d'une stratégie multifactorielle de prise en charge de la douleur, 2006.

(37) Dutau G. Pour ou contre les patchs Emla® : patchmania ? Méd Enf Oct 2012 ; 315-16.

(38) Uhari M. A eutectic mixture of lidocaïne and prilocaïne for alleviating vaccination pain in infants. Pediatrics 1993 ; 92(5) : 719-20.

(39) Essink-Tebbes CM, Wuis EW, Liem KD, Van Dongen RT, Hekster YA. Safety of lidocaine-prilocaine cream application four times a day in premature neonates : a pilot study. Eur J Pediatr 1999 ; 158 : 421-3.

(40) Schechter NL, Zempsky WT, Cohen LL, McGrath PJ, McMurtry CM, Bright NS. Pain reduction during pediatric immunizations : evidence-based review and recommendations. Pediatrics 2007 ; 119 : 1184-98.

(41) AFSSAPS. Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations AFSSAPS, Février 2011.

(42) Bocquet A, Assathiany R, Caron F-M, Danjou G, Salinier C, Toursel F, Virey B. Propositions pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française, 2006.

(43) Smith PJ, Chu S, Barker L. Children who have received no vaccines : who are they and where they live ? Pediatrics 2004 ; 114 : 187-95.

(44) INPES. Vaccinations : Guide pratique pour le médecin, 2009.

(45) Smith PJ, Humiston SG, Parnell T, Vannice KS, Salmon DA. The association between

intentional delay of vaccine administration and timely childhood vaccination coverage. Public health reports 2010 ; 125 : 534-41.

(46) INPES. Risques infectieux et Prévention. Perception, représentations, attitudes et pratiques des français. Dossier Presse, 2008.

(47) Nicolay N, Lévy-Bruhl D, Fonteneau L, Jauffret-Roustide M. Vaccination : perceptions et attitudes.
In : Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. dir. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2008 : p. 87-101.

(48) Bégué P. L'origine du refus des vaccinations. SPS n°302, 2012.

(49) BVA. Étude Canvac sur la perception de la vaccination auprès d'un échantillon représentatif de 957 personnes. 2004 : p. 54.

(50) IPSOS. Pré-test sur le guide du calendrier vaccinal adolescents-adultes. 2001 : p.16. Non publié.

(51) Guagliardo V, Barnier J, Rotily M. Vaccinations : opinions et pratiques.
In : Guilbert P, Baudier F, Gautier A. dir. Baromètre santé 2000. Résultats. Vanves : éditions CFES, coll. Baromètres, 2001 : p. 55-72.
Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/synthese/vaccination.asp

(52) Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals : implications for effective public health campaign. Health Education and Behavior 2000 ; 27(5) : 591-615.

(53) INPES/BVA. Enquête sur la perception des vaccinations pédiatriques auprès de 400 médecins généralistes et 200 pédiatres. Étude INPES/BVA du 22 février au 4 mars 2005. Non publiée.

(54) Bégué P. Vaccination : un geste citoyen et humaniste. Que faire devant la progression des refus vaccinaux ?
In : Mattéi JF, Dreux C. Santé, égalité, solidarité : des propositions pour humaniser la santé. Springer-Verlag ; 2012 : 325 pp.

(55) Freed G, Clark S, Butchart A et al. Sources and Perceived Credibility of Vaccine-Safety Information for Parents. Pediatrics 2011 ; 127, 107-12.

(56) DREES. Seys B. Etudes et résultats, Les emplois du temps des médecins généralistes, 2012 ; 797.

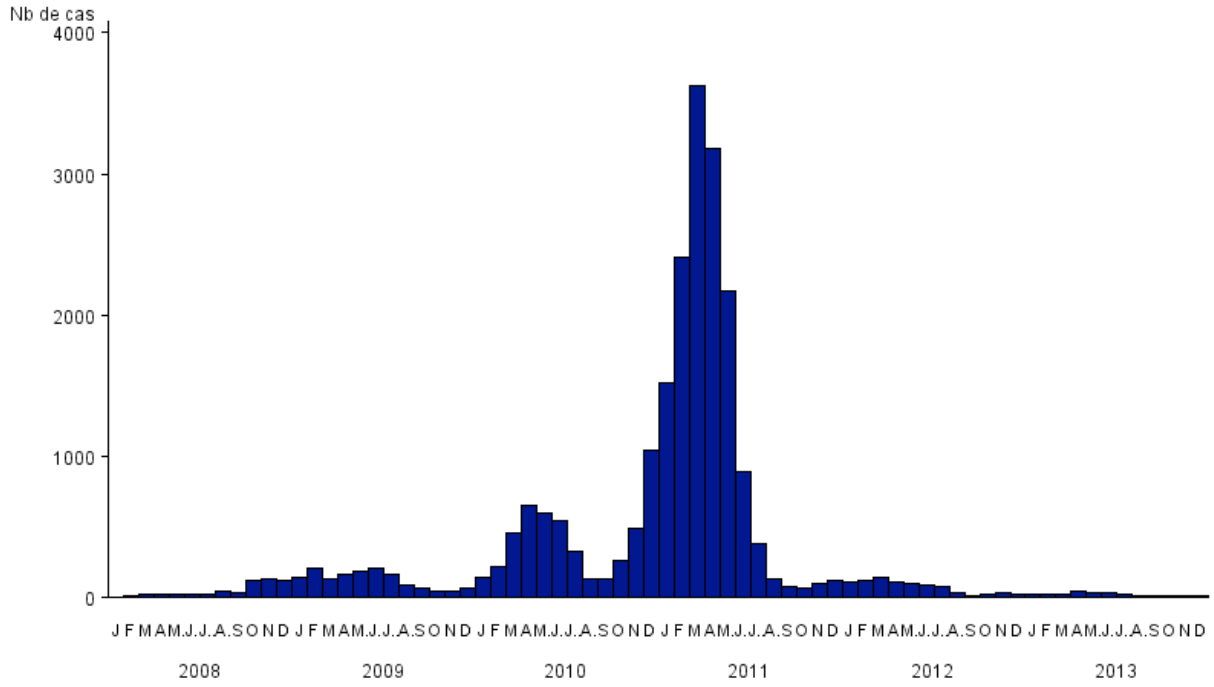
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 11
MATERIEL ET METHODE 13
1. Principe 13
2. Déroulement d'un focus groupe 13
3. Nos focus groupes 14
3.1. Le guide d'entretien 14
3.2. Les acteurs 14
3.2.1. Les participants 14
3.2.2. Les médecins généralistes 15
3.2.3. Les pédiatres 15
3.2.4. Le modérateur 16
3.2.5. Les observateurs 16
3.3. Organisation des séances 16
3.4. Méthode d'analyse 17
RESULTATS 18
1. Résultats des focus groupes des médecins généralistes 18
1.1. Caractéristiques des médecins généralistes présents 18
1.2. Les pratiques des médecins généralistes 19
1.2.1. Leur expérience de la rougeole et de l'épidémie récente 19
1.2.2. Ce qu'ils peuvent dire du ROR 19
1.2.3. Leur façon de faire 21
1.2.3.1. Organisation du second ROR 21
1.2.3.2. Techniques 23
1.2.3.3. Suivi et continuité des soins 23
1.2.4. La justification de leur pratique 26
1.2.4.1. La confiance 26
1.2.4.2. Les données scientifiques et les autres sources 26
1.2.4.3. Leur ressenti 26
1.2.5. Leur regard sur leur pratique 27
1.3. Les réticences des parents 27
1.3.1. Les représentations des médecins généralistes de cette population réticente 27
1.3.2. La confrontation des médecins généralistes aux réticences des parents 29
1.3.3. Les arguments des parents réticents 29
1.3.4. Les sources d'information des parents réticents 31
1.3.5. Le vécu de l'acte vaccinal 31
1.4. Les réponses des médecins généralistes 32
1.4.1. Les arguments des médecins généralistes 32
1.4.2. La place de la discussion 34
1.4.3. Vers une acceptation 35
1.5. Les explications des médecins généralistes 36
1.5.1. Concernant la différence de couverture vaccinale entre les médecins généralistes et les pédiatres 36
1.5.2. Concernant le défaut de couverture vaccinale en général 37
2. Résultats des focus groupes des pédiatres 39
2.1. Caractéristiques des pédiatres présents 39
2.2. Les pratiques des pédiatres 39
2.2.1. Leur expérience de la rougeole et de l'épidémie récente 39
2.2.2. Ce qu'ils peuvent dire du ROR 40
2.2.3. Leur façon de faire 42

2.2.3.1. Organisation du second ROR 42
2.2.3.2. Techniques 45
2.2.3.3. Suivi et continuité des soins 46
2.2.4. La justification de leur pratique 47
2.2.4.1. La confiance 47
2.2.4.2. Les données scientifiques 48
2.2.4.3. Leur ressenti 48
2.2.5. Leur regard sur leur pratique 48
2.3. Les réticences des parents 49
2.3.1. Les représentations des pédiatres de cette population réticente 49
2.3.2. La confrontation des pédiatres aux réticences des parents 50
2.3.3. Les arguments des parents réticents 51
2.3.4. Les sources d'informations des parents réticents 52
2.4. Les réponses des pédiatres 53
2.4.1. Les arguments des pédiatres 53
2.4.2. La place de la discussion 56
2.4.3. Vers une acceptation 56
2.5. Les explications des pédiatres 57
2.5.1. Concernant la différence de couverture vaccinale entre les pédiatres et les médecins généralistes 57
2.5.2. Concernant le défaut de couverture vaccinale en général 59
DISCUSSION 60
1. Discussion de la méthode 60
1.1. Intérêts de nos focus groupes 60
1.2. Limites de nos focus groupes 60
2. Discussion des résultats 62
2.1. Les pratiques 62
2.1.1. Les points communs des pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes 62
2.1.2. Les points qui diffèrent 63
2.1.3. Les points spécifiques 66
2.2. Les réticences parentales comme une des explications au défaut de couverture vaccinale 67
2.3. Les autres causes du défaut de couverture vaccinale 72
CONCLUSION 73
BIBLIOGRAPHIE 75
TABLE DES MATIERES 79
ANNEXES 81
1. Figure 1 81
2. Tableau I 82
3. Tableau II 83
4. Tableau III 84
5. Guide d'entretien du focus groupe du 14 Mars 2013 85
6. Guide d'entretien du focus groupe du 18 Avril 2013 86
7. Courrier aux participants 87
8. Questionnaire quantitatif anonyme 88
9. Verbatims des focus groupes (sur CD)

ANNEXES

Annexe 1 : Figure 1



Cas de rougeole déclarés par mois en France, de Janvier 2008 à Décembre 2013

Source : Institut national de veille sanitaire

Annexe 2 : Tableau I

Nombre de cas de rougeole recensés par déclaration obligatoire en région Pays de la Loire et dans le département Maine et Loire, entre 2008 et 2012

Sources : Bulletin de veille sanitaire. Pays de la Loire, Février 2014 : Les maladies à déclaration obligatoire dans les Pays de la Loire au cours des années 2008 à 2012 ; Bulletin de veille sanitaire. Pays de la Loire, Avril 2011 : Situation épidémiologique de la rougeole dans les Pays de la Loire - avril 2011

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Pays de la Loire	111	147	359	380	12	1009
Maine et Loire	27	15	105	64	4	215

Annexe 3 : Tableau II

Nombre de cas, de complications et de décès de 2008 à 2013 en France

Source : Institut de veille sanitaire. Point du 23 janvier 2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Cas déclarés	604	1544	5075	14 966	859	272	23 300
Pneumopathies graves		70	287	714	32	4	1 500
Neurologiques Encéphalites, myélite, Guillain barré		2	8	16	3	2	34
Autres		34					
Décès		2	2	6	0	0	10

Annexe 4 : Tableau III

Synthèse des vaccinations du ROR par spécialité du praticien effectuant l'examen du 24ème mois, en Maine-et-Loire, à partir des certificats de santé du 24ème mois (CS24)

Source : Service prévention et promotion de la santé familiale – PMI, Maine-et-Loire, 2011

Enfants nés en 2011 dans le Maine-et-Loire	**10163**
CS 24 enregistrés au service PMI	**4878** soit un taux de réception de **48%**

Parmi ces 4878 certificats :

3368 examens effectués par un **médecin généraliste** **69%**			1314 par un **pédiatre** **27%**			197 par un autre spécialiste ou professionnel **inconnu ou non renseigné** **4%**		
0 dose (ou pas renseigné)	1 dose	2 doses	0 dose (ou pas renseigné)	1 dose	2 doses	0 dose (ou pas renseigné)	1 dose	2 doses
425	746	2197	118	132	1064	37	37	123
12%	22%	65%	9%	10%	81%	19%	19%	62%

Annexe 5 : Guide d'entretien du focus groupe du 14 Mars 2013

Introduction

Salutations + présentations + remerciements
Sujet de la thèse (Marjorie et Coralie) et question posée
Présentation focus groupe (objectifs) et de ses règles : enregistrement mais anonymat et confidentialité
Introduction des 4 thèmes qui vont être abordés : la recrudescence, la 2ème injection de ROR, la pratique, les difficultés liées aux patients

1er thème : la recrudescence des cas de rougeole

Qu'en pensez-vous, ses causes, ses conséquences ?
Que pensez-vous de cette différence du taux de couverture vaccinale selon que le suivi de l'enfant est assuré par MG/Pédiatre?
En quoi cette recrudescence a-t-elle modifié des choses dans votre pratique ?

2ème thème : la 2ème injection de ROR

Quel est son intérêt, de quoi s'agit-il pour vous ? Qu'en pensez-vous ?
En quoi ce que vous en pensez et en dites a-t-il une répercussion sur votre pratique ?

3ème thème : « en pratique »

Comment et quand la proposez-vous aux patients ?
A quel moment la prescrivez-vous et comment ?
La consultation de vaccination est-elle dédiée ou associée à une visite pour un autre motif ?
Quelle est votre stratégie ?
Votre pratique est-elle systématique ou dépend-elle de certains facteurs ?
La proposition de vaccination est-elle accompagnée d'une inscription sur le carnet de santé au moment de la 1ère injection ? Ultérieurement ? Avec une date de réalisation ou un âge ?
En fixez-vous la date en donnant d'emblée un rendez-vous ?
Utilisez-vous une alerte informatique pour les rappels vaccinaux?

4ème thème : les difficultés liées aux patients

A quel type de réticence parentale êtes-vous éventuellement confrontés ?
Comment gérez-vous ces réticences et comment arrivez-vous à promouvoir cette vaccination et quels sont vos arguments ?
Ces réticences ont-elles selon vous un retentissement final sur le respect du calendrier ?

Conclusion + remerciements + invitation à la 2ème séance

Annexe 6 : Guide d'entretien du focus groupe du 18 Avril 2013

Introduction

Salutations + présentations + remerciements
Sujet de la thèse (Marjorie et Coralie) et question posée
Préambule : il est acquis que les populations suivies par les pédiatres et les médecins généralistes sont différentes, essayons d'aller au delà pour trouver d'autres raisons aux différences de CV entre les enfants suivis par les médecins gé /pédiatres
Introduction des 4 thèmes qui vont être abordés : la recrudescence, la 2ème injection de ROR, la pratique, les difficultés liées aux patients

1er thème : la recrudescence des cas de rougeole 10'

Que savez vous de l'épidémiologie de l'épidémie de rougeole ? (% d'hospitalisation, % de complications, nombre de cas…)
Que savez vous de la réalité des chiffres ?
Avez vous d'autres explications à la différence du taux de couverture vaccinale selon que le suivi de l'enfant est assuré par MG/Pédiatre (au delà de la différence de population?)
Qu'en pensez-vous, ses causes, ses conséquences ?
En quoi cette recrudescence a-t-elle modifié des choses dans votre pratique ?

2ème thème : la 2ème injection de ROR 10'

Pourquoi faut-il faire la seconde dose ROR avant l'âge de 24 mois ?
Que savez vous des motivations a avancer l'âge de la vaccination ROR dans le calendrier vaccinal ?
Quel est son intérêt, de quoi s'agit-il pour vous ? Qu'en pensez-vous ?
En quoi ce que vous en pensez et en dites a-t-il une répercussion sur votre pratique ?

3ème thème : « en pratique » 10'

Votre pratique est-elle systématique ou dépend-elle de certains facteurs ?
Comment et quand la proposez-vous aux patients ?
A quel moment la prescrivez-vous et comment ?
La consultation de vaccination est-elle dédiée ou associée à une visite pour un autre motif ?
Quelle est votre stratégie ?
La proposition de vaccination est-elle accompagnée d'une inscription sur le carnet de santé au moment de la 1ère injection ? Ultérieurement ? Avec une date de réalisation ou un âge ?
En fixez-vous la date en donnant d'emblée un rendez-vous ?

4ème thème : les difficultés liées aux patients 20'

A quel type de réticence parentale êtes-vous éventuellement confrontés ?
Que faites vous devant la réticence d'une maman à vacciner ses enfants ? (discussion, décalage des vaccins, élaboration, changement…)
Quels arguments avancez vous pour convaincre des parents quand il existe des réticences?
Comment vous y prenez vous pour convaincre ? (obligation légale)
Comment gérez-vous ces réticences et comment arrivez-vous à promouvoir cette vaccination ?
Ces réticences ont-elles selon vous un retentissement final sur le respect du calendrier ?
Que savez vous du ressenti des parents par rapport a la vaccination ROR, de leurs représentations ? Comment perçoivent-ils les vaccins (bien-commun, agression…)
Que faites vous devant l'inquiétude de l'enfant ou des parents au moment de la vaccination?

Conclusion+ Remerciements.

Annexe 7 : Courrier aux participants

LEVESQUE Coralie
HOUVET Marjorie
6 rue André BOQUEL
49100 ANGERS
marjo.allais@hotmail.com / levesquecoralie@gmail.com
06.24.33.39.69 / 06.98.29.05.84

Angers, le 18/02/2013,

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes de médecine générale à Angers, en 5ème semestre, et nous préparons actuellement notre **thèse sur la vaccination ROR**, sous la co-direction des Drs Catherine De Casabianca et Cécile Masson-Bellanger.

Notre sujet de thèse est le suivant : **" Quelles sont les pratiques des pédiatres et des médecins généralistes lors de la vaccination ROR chez les nourrissons?"**.

En effet, pour obtenir une interruption de la transmission de la rougeole et donc l'élimination de cette maladie, l'objectif est que 80% des enfants reçoivent leur seconde dose de ROR avant l'âge de 24 mois.
Une étude publiée dans *Médecine et Enfance,* en Mai 2008, a montré que 2 ans après le changement de calendrier vaccinal, soit en 2007, 41% des enfants suivis par les pédiatres recevaient leur 2ème dose de ROR avant 24 mois pour seulement 24% de ceux suivis par les médecins généralistes.
Tendance largement confirmée par une étude publiée également dans *Médecine et Enfance* en Avril 2009 qui montrait que, pour la tranche d'âge des 24-35 mois, 71,3% des enfants suivis par les pédiatres avaient reçu leur 2ème dose de ROR dont 66,5% avant l'âge de 27 mois pour seulement 49,4% de ceux suivis par les médecins généralistes dont 45,9% avant l'âge de 27 mois.

Notre étude est qualitative. Elle va s'attacher, au cours de 2 **focus groupes,** à comparer les pratiques vaccinales ROR des pédiatres et des médecins généralistes et ainsi essayer de mettre en évidence les facteurs expliquant cette différence.

Après présentation téléphonique de notre sujet il y a quelques semaines, vous avez accepté de participer aux focus groupes.

La première rencontre aura lieu le **jeudi 14 Mars 2013 de 14h à 15h et la seconde le jeudi 18 Avril 2013 de 14h à 15h** , toutes deux à la **faculté de médecine d'Angers, dans la salle de réunion, bâtiment administratif, à côté de la scolarité.**

Nous tenions à vous assurer du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données.
Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous portez à notre thèse et du temps que vous nous consacrerez.

Bien cordialement,

Coralie LEVESQUE et Marjorie HOUVET

Annexe 8 : Questionnaire quantitatif anonyme

1. Quel est votre milieu d'exercice ?
    a. Seul
    b. En groupe
    c. Rural
    d. Semi-rural
    e. Urbain
    f. Libéral
    g. Salarié

2. Sexe :
    a. Homme
    b. Femme

3. Age :
    a. 28-40 ans
    b. 40-50 ans
    c. 50-60ans
    d. > 60 ans

4. Depuis combien de temps êtes-vous installés ?
    a. moins de 10 ans
    b. entre 10 et 25 ans
    c. plus de 25 ans

5. Avez-vous reçu une formation en vaccinologie ? Si oui, de quelle façon ?

6. Comment vous informez-vous sur les vaccinations ?

7. Pour les médecins généralistes :

    a. Etes-vous titulaire d'un DU de pédiatrie préventive ?

    b. Quel pourcentage d'enfants voyez-vous en consultation (RIAP) ?

Nous vous remercions encore pour votre participation.

Coralie et Marjorie

REPARTITION DU TRAVAIL

La réflexion autour du sujet de notre thèse et de la méthodologie à utiliser a été commune, en lien étroit avec nos directrices de thèse.

Nous étions toutes les deux présentes aux quatre focus groupes, comme observatrices.
Nous avons chacune retranscrit deux focus groupes, Marjorie les FG1 des médecins généralistes et FG2 des pédiatres, Coralie les FG1 des pédiatres et FG2 des médecins généralistes.
Nous avons chacune effectué l'analyse de chaque focus groupe, permettant une double analyse des données et construction des résultats grâce à nos regards croisés. Chaque thésarde a dégagé de son côté les grands thèmes et sous-thèmes qui lui semblaient adaptés. Dans un second temps, nous avons mis en commun nos analyses et réalisé ensemble un choix de thèmes et sous-thèmes à partir de nos différentes analyses.

Nous nous sommes partagées la rédaction des résultats, Marjorie rédigeant la partie des résultats correspondant à l'analyse des focus groupes des pédiatres et Coralie rédigeant la partie des résultats correspondant à l'analyse des focus groupes des médecins généralistes.
Chaque thésarde a relu la partie rédigée par l'autre avec mise en commun, échanges autour des formulations, phrases, paragraphes, titres, choix des choses à garder ou non.

Nous nous sommes également partagées la rédaction de la discussion, partie par partie. Chacune établissant un premier jet puis nous avons effectué un travail commun de l'ensemble avec correction partagée.

La rédaction de la conclusion commune s'est faite également à la suite.

Nous avons obtenu une bibliographie chacune de notre coté permettant au moment de la mise en commun de voir que beaucoup de références se recoupaient.

L'échange entre thésardes et directrices, nécessaire pour l'ensemble de ces documents, s'est fait par mails et rencontres de travail.

THÈSE DE Marjorie ALLAIS et Coralie LEVESQUE-PIFFAUT

Vu, les Directrices de thèse

Vu, la Présidente du jury de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine d'ANGERS

Professeur I. RICHARD

FACULTÉ DE MÉDECINE - ANGERS -

Vu et permis d'imprimer

Permis_imprimer25.04.doc