

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. DE Médecine Générale

QUE PENSENT LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE ÉLARGIE DE 2 À 17 ANS ?

KOLECZKO Charlotte et MERCIER Lucie

Née le 14.10.1998 à Lille (59) et le 26.11.1998 à Mainvilliers (28)

Sous la direction de la Professeure DE CASABIANCA Catherine

Membres du jury

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine	Présidente
Madame la Professeure DE CASABIANCA Catherine	Directrice
Madame la Docteure en médecine GHALI Maria	Membre
Madame la Docteure en médecine MERCIER Anne	Membre

 **FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

Soutenue publiquement
le : 17 avril 2026

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

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

signé par l'étudiante le **17 avril 2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée KOLECZKO Charlotte
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports, thèses
d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le **17 avril 2026**

Signature



ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

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

signé par l'étudiante le **17 avril 2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée MERCIER Lucie
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports, thèses
d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le **17 avril 2026**

Signature



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

(mise à jour 26/01/2026)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	RADIOLOGIE ET IMAGERIE	PSYCHIATRIE	BOTANIQUE/
ANGOULVANT Cécile	MEDICALE	KEMPF Marie	MYCOLOGIE
ANNWEILER Cédric	NEPHROLOGIE	KUN-DARBOIS Daniel	ANESTHESIOLOGIE-
ASFAR Pierre	CHIRURGIE	LACOEUILLE FRANCK	REANIMATION
AUBE Christophe	THORACIQUE ET	LACCOURREYE Laurent	UROLOGIE
AUGUSTO Jean-François	CARDIOVASCULAIRE	LAGARCE Frédéric	GYNECOLOGIE-
BAUFRETON Christophe	MEDECINE GENERALE	LANDREAU Anne	OBSTETRIQUE
BELONCLE François	REANIMATION	LASOCKI Sigismond	RHUMATOLOGIE
BIERE	CARDIOLOGIE	LEBDAI Souhil LEGENDRE	NEUROCHIRURGIE
Loïc BIGOT Pierre	UROLOGIE	Guillaume LEGRAND Erick	CHIRURGIE GENERALE
BOUCHARA Jean-	PARASITOLOGIE ET	LEMEE Jean-Michel	REANIMATION
Philippe	MYCOLOGIE	LERMITE Emilie LEROLLE	HISTOLOGIE
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Nicolas LIBOUBAN Hélène	HEMATOLOGIE
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE-	LUQUE PAZ Damien	BIOLOGIQUE
BOUVARD Béatrice	HEPATOLOGIE	MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-
BRIET Claire	RHUMATOLOGIE	MARTIN Ludovic	VIROLOGIE DERMATO-
BRIET Marie	ENCRINOLOGIE, DIABETE ET	MAY-PANLOUP Pascale	VENEREOLOGIE
CAMPONE Mario	MALADIES METABOLIQUES	MENEI Philippe	BIOLOGIE ET MEDECINE DU
CASSEREAU Julien	PHARMACOLOGIE	MERCAT Alain	DEVELOPPEMENT ET DE LA
CLERE Nicolas	CANCEROLOGIE,	ORVAIN Coentin	REPRODUCTION
CODRON Philippe	RADIOThERAPIE	PAISANT Anita	NEUROCHIRURGIE
COLIN Estelle	NEUROLOGIE	PAPON Nicolas	REANIMATION
COPIN Marie-Christine	PHARMACOLOGIE/	PASSIRANI	HEMATOLOGIE ;
COUTANT Régis CUSTAUD	PHYSIOLOGIE	Catherine PELLIER	TRANSFUSION RADIOLOGIE
Marc-Antoine CRAUSTE-	NEUROLOGIE	Isabelle PETIT	PARASITOLOGIE ET
MANCIET	GENETIQUE	Audrey	MYCOLOGIE MEDICALE
Sylvie	ANATOMIE, CYTOLOGIE	PICQUET Jean	CHIMIE GENERALE
DE CASABIANCA	PATHOLOGIQUES	PODEVIN Guillaume	PEDIATRIE
Catherine DERBRE	PEDIATRIE	PROCACCIO Vincent	MEDECINE ET SANTE AU
Séverine	PHYSIOLOGIE	PRUNIER Delphine	TRAVAIL
DESCAMPS Philippe	PHARMACOTECHNIE	PRUNIER Fabrice PY	CHIRURGIE VASCULAIRE ;
D'ESCATHA Alexis	HOSPITALIERE	Thibaut	MEDECINE VASCULAIRE
DINOMAS Mickaël	MEDECINE GENERALE	RAMOND-ROQUIN Aline	CHIRURGIE INFANTILE
DOUILLET Delphine	PHARMACOGNOSIE	REYNIER Pascal	GENETIQUE
DUBEE Vincent	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	RIOU Jérémie	BIOCHIMIE ET
DUCANCELLE Alexandra	MEDECINE ET SANTE AU	RINEAU Emmanuel	BIOLOGIE
DUVERGER Philippe	TRAVAIL	RIQUIN Elise RODIEN	MOLECULAIRE
EVEILLARD Matthieu	MEDECINE PHYSIQUE ET	Patrice ROQUELAURE Yves	CARDIOLOGIE
FAURE Sébastien	READAPTATION	ROUGE-MAILLART	MEDECINE GENERALE
FOURNIER Henri-	MEDECINE D'URGENCE	Clotilde	MEDECINE GENERALE
Dominique	MALADIES INFECTIEUSES ET	ROUSSEAU Audrey	BIOCHIMIE ET
FOUQUET Olivier	TROPICALES	ROUSSEAU Pascal	BIOLOGIE
FURBER Alain	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	ROUSSELET Marie-	MOLECULAIRE
GAGNADOUX Frédéric	; HYGIENE HOSPITALIERE	Christine	BIOSTATISTIQUE
GOHIER Bénédicte	PEDOPSYCHIATRIE	ROY Pierre-Marie	ANESTHESIOLOGIE
GUARDIOLA Philippe	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	SAULNIER Patrick	REANIMATION
GUILLET David	PHARMACOLOGIE	SERAPHIN Denis	PEDOPSYCHIATRIE ;
HUNAUULT-BERGER	PHYSIOLOGIE	SCHMIDT Aline	ADDICTOLOGIE
Mathilde JEANNIN	ANATOMIE	SCHMITT Françoise	ENDOCRINOLOGIE,
Pascale JUDALET-	CHIRURGIE THORACIQUE ET	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	DIABETE ET MALADIES
ILLAND	CARDIOVASCULAIRE	HOSPITALIERE	METABOLIQUES MEDECINE
Ghislaine	CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE	CHIRURGIE MAXILLO-	ET SANTE AU TRAVAIL
KAZOUR François	PSYCHIATRIE D'ADULTES	FACIALE ET	MEDECINE LEGALE ET
PHYSIOLOGIE	HEMATOLOGIE ;	STOMATOLOGIE	DROIT DE LA SANTE
MEDECINE GENERALE	TRANSFUSION CHIMIE	RADIOPHARMACIE	ANATOMIE ET
GERIATRIE ET	ANALYTIQUE HEMATOLOGIE ;	OTO-RHINO-	CYTOLOGIE
BIOLOGIE DU	TRANSFUSION	LARYNGOLOGIE	PATHOLOGIQUES
VIEILLISSEMENT	IMMUNOLOGIE MEDECINE	BIOPHARMACIE	CHIRURGIE PLASTIQUE,
REANIMATION	GENERALE		RECONSTRUCTRICE ET



ESTHETIQUE
ANATOMIE ET
CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES

MEDECINE D'URGENCE
BIOPHYSIQUE ET
BIOSTATISTIQUES
CHIMIE ORGANIQUE

MEDECINE
GENERALE
PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ;

TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam BAGLIN
Isabelle BASTIAT
Guillaume
BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril BELIZNA
Cristina BENALLEGUE
Nail BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien
BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoit BRIS
Céline BRUGUIERE
Antoine CAPITAIN
Olivier CHABRUN Floris
CHAO DE LA BARCA
Juan-Manuel CHOPIN
Matthieu CORVAISIER
Mathieu DEMAS
Josselin DESHAYES
Caroline FADEL Marc
FERRE Marc FORTRAT
Jacques-Olivier GHALI
Maria GUELFJESSICA
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François
HAMON Cédric
HELESBEUX
JeanJacques
GENERALE CHIMIE
ORGANIQUE
GENERALE
IMMUNOLOGIE
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE CHIMIE
THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET
BIOSTATISTIQUES
IMMUNOLOGIE MEDECINE
GENERALE MEDECINE
INTERNE PEDIATRIE
ANATOMIE PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE ;
TRANSFUSION CHIMIE
ANALYTIQUE ORL
NEPHROLOGIE BIOCHIMIE
ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ;
RADIOTHERAPIE BIOCHIMIE
ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE MEDECINE
GENERALE PHARMACIE
CLINIQUE SCIENCES DE LA
READAPTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU
TRAVAIL BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE MEDECINE
GENERALE MEDECINE
PHARMACIE CLINIQUE ET
EDUCATION
THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ;
DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES MEDECINE

BIOSTATISTIQUES,
INFORMATIQUE
MEDICALE MEDECINE
GENERALE CHIMIE
ORGANIQUE
BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE
VASCULAIRE HINDRE
François JOUSSET-
THULLIER Nathalie
JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim
LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise LE
ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume
MALLET Sabine MAROT
Agnès MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD
Sandrine PAILHORIES
Hélène PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne
PENCHAUD
AnneLaurence
PEUROIS Matthieu
PIHET Marc PIRAUX
Arthur POIROUX
OGER Emilie SAVARY
Camille SCHINKOWITZ
Andréas SPIESSER-
ROBELET Laurence
SUTEAU Valentine
TEXIER-LEGENDRE

R Guillaume BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET
DROIT DE LA SANTE
PNEUMOLOGIE BIOCHIMIE
ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ;
VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE BIOLOGIE
CELLULAIRE HISTOLOGIE,
EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE CHIMIE
ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE MEDICALE
IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-
VIROLOGIE ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE
MEDICALE SOCIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET
MYCOLOGIE OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE TOXICOL
OGIE PHARMACOGNOSIE
Gaëlle VIAULT
Laurent RONY Louis

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER
BARAKAT Fatima
ATCHADE
Constantin
ECER
HASAN Mahmoud
PRCE
AUTRET Erwan
BARBEROUSSE
Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN
Kayleigh
RIVEAU Hélène
PAST-MAST
AUBRUCHET
Hélène
BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie
CAVAILLON Pascal

CHAMPAGNE Romain
CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE
GALENIQUE
ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS
PHARMACIE DEUST
PREPARATEUR
OFFICINE
PHARMACIE DEUST
PREPARATEUR
PHARMACIE
INDUSTRIELLE
MEDECINE PHYSIQUE
ET
READAPTATION
DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

KAASSIS Mehdi
LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX
Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-
GRANDIERE
Lucia
PICCOLI Giorgina
POMMIER Pascal
SAVARY
Dominique
TORREGGIANI
Massimo
PLP
CHIKH Yamina
AHU
ROBIN Julien
OFFICINE
MEDECINE

INTENSIVEREANIMATI
ON
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION
PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES
INFECTIEUSES
NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIERADIO
THERAPIE
MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE
ECONOMIE-GESTION
DISPOSITIFS
MEDICAUX

À mon mari. En première année, tu étais mon petit-ami et mon cobaye. Au cours de mes études, tu es devenu mon fiancé puis mon mari et bientôt le papa de notre enfant. Tu m'as vu grandir personnellement et évoluer professionnellement. Tu m'as soutenue mentalement et financièrement. Cette réussite n'aurait pas été possible sans toi alors je te remercie du plus profond de mon cœur pour avoir été là jusqu'au bout et jusqu'à la retraite j'espère ! Je t'aime.

À mes parents. Vous avez toujours cru en moi, vous n'avez jamais douté.
À mon père, qui a gagné des paris contre ses collègues lors de ma première année, j'ai bien mérité le titre de "fierté personnelle". Je t'aime.
À ma mère, qui me disait « tu es sûre que tu veux aller en médecine ? », de peur que mon moral s'effondre sous le travail. Mais s'il a toujours été là, maman, c'est grâce à ton amour. Je t'aime.

À Philippe, merci de m'avoir élevé, de m'avoir aidé lors de mes DM de maths. Peut-être que je n'aurais pas fait de si longues études si je n'avais pas eu une si bonne note au Bac. Merci d'aimer ma mère et ma soeur. Je t'aime.

À mes sœurs, Juliette, Jodie, Lisa et Jade. Vos vies, au travail ou à l'école, vos histoires d'amour ou d'amitiés, vos anecdotes, vos jeux m'ont permis de sortir de mon travail et de garder le moral malgré la difficulté de mes études. Lisa et Jade, j'espère que vous effectuerez le travail dont vous rêvez, ne lâchez pas les études et je serai toujours là pour vous motiver si besoin. Je vous aime.

À Lucie, merci d'avoir rendu mon internat facile. Tu as été mon pilier, ma référence. C'est simple : je n'allais pas à un cours ou à un stage si tu n'y étais pas. Tu as été la meilleure co-thésarde du monde, sans toi cette thèse aurait été un vrai calvaire. Je te souhaite de devenir le Docteur que tu rêves de devenir mais je n'en ai aucun doute. Merci d'avoir été là. Je t'aime.

À mes anciens MSU : Dr MERCIER, Dr HITROP, Dr VAUX, Dr MARTIN, Dr MERIENNE, Dr VU, Dr TRICAUD, Dr LANGLOIS, Dr NETO. Merci de m'avoir transmis avec bienveillance votre savoir de la médecine générale. Merci particulièrement à Anne de me l'avoir fait aimer. J'aimerais devenir un aussi bon médecin que toi et surtout j'aimerais aimer autant mon travail que tu aimes le tien. Il paraît qu'on apprend de ses pairs donc mon exercice sera un beau mélange des vôtres réunis. Merci à vous et continuez à encadrer des internes par pitié.

À Madame la Professeure DE CASABIANCA Catherine, merci d'avoir bien voulu diriger cette thèse. Vos conseils, votre disponibilité et votre écoute nous ont permis de mener ce travail à bien. Merci pour votre accompagnement tout au long de cette thèse.

À tous les médecins interrogés : merci de votre disponibilité et de votre investissement pour cette thèse. Nos échanges ont été très intéressants, j'ai beaucoup aimé discuter avec vous en tant que consœur. J'espère que vous apprécierez cette thèse et qu'elle vous apportera quelques réponses.

Aux parents de Lucie, merci d'avoir pris le temps de nous relire et de nous corriger.

Au Professeure Tessier Cazeneuve, merci de m'avoir accompagnée sur une grande partie de mon internat. Après les échanges lors de mon stage SAFE, nos longs debriefs en SASPAS, te demander de présider mon jury de thèse était la suite logique. Tu m'auras beaucoup appris, tant sur le plan médical qu'humain.

Au Docteur Catherine De Casabianca, merci d'avoir accepté de diriger notre travail. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre confiance tout au long de notre thèse. Votre soutien nous a été précieux.

Au Docteur Maria Ghali, merci pour nos échanges lors de mon SASPAS et ta bienveillance à mon égard afin de m'assurer d'avoir toujours un repère en cas de difficulté lors de mes consultations.

Au Docteur Anne Mercier, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Merci à toutes les personnes que j'ai pu rencontrées au cours de mon internat, mes maitres de stages, les infirmiers, les aides soignants et les secrétaires qui sont essentiels à l'exercice quotidien de notre métier.

Merci à mes **co-internes des urgences et de gériatrie**, pour les délicieux repas de l'internat partagés ensemble, pour les échanges quand le doute s'installait et pour votre humour qui égayait les journées difficiles.

Merci au groupe de copains du lycée et de PACES : Camille, Flavie, Lysa, Clément et Damien, on ne se voit pas autant qu'on voudrait mais les week-end partagés comptent toujours autant, autour de petits plats cuisinés ou de virages serrés en kart, j'aime être à vos côtés.

Merci à Emilie, ma Mimi, tu es une amie infallible, sur qui je peux compter depuis maintenant 10 ans. Depuis nos soirées QCMs, nos vacances, nos longs appels ; ta présence manque à mon quotidien. Ta famille, tes amis et tes patients ont de la chance de t'avoir.

Et puis merci à ton Valentin de supporter ton caractère de bélier, je suis fière que vous m'ayez choisie comme témoin de votre engagement. J'ai hâte que vous reveniez plus près de nous ;)

Merci à mes Grognasses : Clémentine, Cécile et Marie, pour les goûters télérealités, pour les contrôles continus télé, pour les soirées, pour les vacances, pour nos fous rires à en avoir mal au ventre. J'ai hâte de nos prochains voyages, je vous aime.

Merci à Ilona et Mathieu, pour ces instants précieux, tous nos apéros jeux de société, nos escape games et les week-end insolites parce que je gâche tout à être malade. Notre quatuor aura été un des piliers de mon internat, je vous souhaite une belle et longue amitié, ça à l'air bien parti <3

Merci à toi Juliette, je pense que tu sais déjà combien tu comptes pour moi, après t'avoir choisie comme témoin. Tu es une amie investie, soucieuse et attentionnée. Tu as été mon binôme d'externat. Ta présence me motivait dans nos révisions pour rester concentrée jusqu'au goûter. J'espère qu'après ton exil alsacien, tu reviendras aux racines. Promis, si besoin, je te ferais des tartes flambées au munster ;)

Merci à Sarah, ma partenaire de neurologie, ta spontanéité et ta joie font de toi un vrai rayon de soleil.

Merci à ma deuxième Sarah, pour ton soutien lors de notre semestre gériatrique, pour ton énergie et ton aide quand je galérais, pour les concours de rapidité de clavier auxquels tu as tout gagné, pour toutes ces soirées qu'on partage depuis.

Merci aussi à Garance et Noé, nos externes devenus des copains depuis nos innombrables « bonjour » si gênants.

Merci à Charlotte, depuis les urgences de Tours jusqu'à ce travail commun, ton aide m'aura été si précieuse. Merci pour ta motivation, ton investissement, ces visios prolongées, j'ai hâte de partager des moments moins universitaires avec toi. Tes patients auront de la chance de t'avoir, une Docteure à l'écoute et rigoureuse. Merci de ta confiance, pour avoir accepté de faire une thèse ensemble, pour le choix de stages où je t'ai parfois entraînée pas que dans des bonnes idées, pour les cours à la fac... Je suis fière que tu sois devenue une amie <3

Merci à François, comment ne pas mentionner ton sens de l'humour si particulier, les années passent mais je sais que tu restes près de moi, même depuis Londres.

J'ai tellement de souvenirs avec toi : les voyages scolaires en Angleterre, les soirées lycées, les vacances en Pologne, les week-end à Tours en PACES quand je révisais et que toi tu jouais à l'ordi à côté... Reviens en France qu'on se voit plus souvent :p

Merci à Margaux, de l'école maternelle à la coloc étudiante, tous ces moments restent gravés dans mon cœur. Je suis fière de ton parcours, de l'avocate que tu es devenue.

Merci à Séverine, Patrick et Bastien, vous êtes de ces amis qui deviennent la famille.

Merci à ma marraine, je sais que tu aurais adoré être présente aujourd'hui. Merci pour ta douceur et ton accompagnement dans les moments importants de ma vie.

Merci à ma belle-famille, j'ai de la chance de vous avoir, merci pour les fous rires, pour les vacances à Hourtin, pour l'amour de la bonne bouffe qu'on partage, pour les parties d'Esquissé complètement folles.

Merci Titou pour notre coloc, pour les crêpes et les réveils intempestifs. C'est toi qui nous as convaincus de te rejoindre à Angers, et c'était une belle idée.

Merci à Rosie, Laure, Quentin et Victor, j'ai de la chance d'avoir des grandes sœurs et des grands frères maintenant, je sais que je peux compter sur vous.

Merci Sylvie et Dom, de m'avoir accueillie dans votre famille et pour votre soutien en toute connaissance de cause. Je vous aime.

Merci à mes cousins : Gaby, Alex, Théo et Louane, pour tous ces moments vendéens.

Ces instants sont source de réconfort et de bonheur.

Merci de m'avoir fait l'honneur de devenir marraine, c'est un régal de voir grandir Louloune et de pouvoir être à ses côtés. J'aime la gâter, les séances de coiffure et maquillage approximatifs, la regarder faire 10 fois le même saut dans la piscine, parce que ces souvenirs ont une telle valeur. Je vous aime.

Merci à mon papa et Nadège, pour vos encouragements, votre soutien et ces week-end ressourçants qui m'ont aidée à garder ma motivation.

Merci à Fédé, mon tout petit frère, je sais que tu rageras en lisant ça. Ton insouciance et ta joie communicative me font du bien. Notre lien particulier mais unique compte beaucoup.

Je suis heureuse de notre nouvelle famille construite ces dernières années.

Merci Emma, de supporter Augustin, parce que je le sais que trop bien, ce n'est pas si simple. On a de la chance que tu fasses partie de notre famille, surtout pour les super gâteaux que tu nous prépares ;)

Je te souhaite une belle réussite, ton travail et ton investissement paieront j'en suis sûre.

Merci à Patrick, merci d'être ce beau-père attentif et investi. Merci pour ton soutien tout au long de mes études de médecine, puisque que c'est en PACES que tu es arrivé dans notre vie. Notre intérêt pour les sciences nous a rapproché au début, mais depuis plusieurs années maintenant c'est le plaisir d'être ensemble, de voyager, de jouer ou simplement échanger autour d'un café qui font partie des moments importants de ma vie. Merci de prendre soin de maman.

Merci à Mamie, pour ton amour inconditionnel et ta gentillesse. Merci d'être une grand-mère si présente pour Augustin et moi, pour tous les mercredis, les vacances en Bretagne, les vacances avec Maman et Augustin, les anecdotes que tu nous partages... Merci d'avoir toujours cru en moi, j'espère aujourd'hui te rendre fière. J'ai tellement de chance de t'avoir auprès de moi.

Merci à Augustin, mon Loulou, j'ai adoré grandir avec toi, notre complicité est une source indispensable à mon épanouissement. J'ai pu compter sur toi dans les bons et mauvais coups, pour le plus grand plaisir de maman. Je sais qu'on s'aime autant qu'on s'agace mais c'est ça qui fait la force de notre lien, éternel. Je t'aime

Merci à ma maman, merci pour tout l'amour que tu m'as donné, pour tout ce que tu m'as transmis, même quelques traits de caractère ;). Merci d'être toujours là, si solide, si attentionnée et si merveilleuse. Je souhaite à tous les enfants de cette planète d'avoir une maman comme j'ai la chance d'en avoir une.

Merci d'avoir supporté mes périodes de stress, qui je le sais, étaient nombreuses et parfois désagréables pour vous. J'imagine que ces études avec mon caractère ont été longues aussi pour vous ;)

Je n'aurai jamais réussi sans ton soutien sans faille.

Je t'aime

Merci à toi, Lucas, mon mari, ma moitié et même si parfois ça te soûle mon confrère.

Merci pour ta patience, quand je te pose mille questions pour me rassurer. Merci pour ton humour qui illumine mon quotidien. Merci pour toutes tes attentions qui rendent ma vie meilleure.

Merci d'être toujours là, de ne m'avoir jamais déçue, d'avoir toujours cru en moi quand, à certains moments je doutais énormément.

Tu es une chance, j'ai hâte de continuer de grandir avec toi, d'accomplir nos futurs projets, de découvrir le monde à tes côtés.

Je t'aime

Liste des abréviations

AFPA	Association française de pédiatrie ambulatoire
ASMR	Amélioration du service médical rendu
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CMG	Collège de Médecine Générale
CSS	Centre de santé sexuelle
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EBM	Evidence Base Medicine
ESCMID	European society of clinical microbiology and infectious disease
ESP CLAP	Équipe de soins primaires coordonnées localement autour du patient
ESP	Équipe de soins primaires
FMF	Fédération des médecins de France
GEIG	Groupe d'expertise et d'information sur la grippe
HAS	Haute Autorité de Santé
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SAFE	Stage ambulatoire femme enfant
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SPF	Santé publique France

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS	12
PLAN	13
RESUME	15
INTRODUCTION	16
MÉTHODES	18
1. TYPE D'ÉTUDE ET DE POPULATION	18
2. RECRUTEMENT	18
3. RECUEIL DES DONNEES.....	19
4. ANALYSE DES DONNEES	20
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	20
RÉSULTATS	21
6. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DES PARTICIPANTS.....	21
6.1. L'échantillon	21
6.2. Les entretiens	21
7. SCHEMA EXPLICATIF	23
8. LE MEDECIN PRAGMATIQUE	24
8.1. Acteur du système de soins : coordonner les soins	24
8.2. Organisé : rendre la recommandation faisable	26
8.3. Empirique : apprendre par l'expérience du terrain	29
8.4. Technicien : maîtriser le savoir-faire vaccinal	31
8.5. Diplomate : l'art du compromis	33
9. LE MEDECIN CONFIANT	35
9.1. Adaptatif : un médecin caméléon	35
9.2. Convaincu : protéger l'enfant	37
9.3. Pédagogue : expliquer pour convaincre	39
9.4. Empathique : au cœur du métier	42
10. LE MEDECIN CRITIQUE	44
10.1. Analytique : le jugement fondé sur les preuves	44
10.2. Résigné : face aux limites du système	46
10.3. Sceptique : anticiper les obstacles	49
10.4. Intègre : l'éthique comme boussole	50
DISCUSSION ET CONCLUSION	52
11. PRINCIPAUX RESULTATS	52
12. FORCES ET LIMITES	60
12.1. Forces	60
12.2. Limites	60
12.3. Perspectives	61
12.4. Conclusion	61
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES FIGURES	65
LISTE DES TABLEAUX	66
TABLE DES MATIERES	67
ANNEXES	I

RÉPARTITION DU TRAVAIL DANS LE CADRE D'UNE THÈSE COLLECTIVE

KOLECZKO Charlotte et MERCIER Lucie

De manière générale, la répartition a été égale entre les deux chercheuses.

Fiche de thèse :

Les recherches bibliographiques ont été mises en commun, la rédaction a été réalisée par les deux chercheuses sur un fichier partagé et la relecture a été commune.

Entretiens :

Chaque entretien a été réalisé individuellement, en face à face, sur leur lieu de travail (cabinet libéral ou hôpital) ou à leur domicile. Chacune des chercheuses a mené 8 entretiens.

Rédaction de la thèse :

La rédaction des résultats a été réalisée à part égale entre les deux chercheuses sur un fichier Google Drive commun, avec relecture commune afin d'uniformiser la rédaction.

RESUME

Introduction : La grippe est responsable d'épidémie annuelle en France. A l'échelle économique cela représente plusieurs centaines de millions d'euros. Ce virus contamine entre 2 et 6 millions d'individus et est responsable en moyenne de 9000 décès par hiver. La Haute Autorité de Santé recommande depuis l'hiver 2023-2024 de vacciner, chaque hiver, les enfants de 2 à 17 ans, dans le but de diminuer la transmission puisque le réservoir viral est pédiatrique. L'avis des médecins généralistes sur cette vaccination ciblée est intéressant à explorer.

Sujets et méthodes : Étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes du Maine-et-Loire, de Mayenne et Loire-Atlantique. Analyse des données inspirée de la théorisation ancrée et triangulation des données par les deux chercheuses.

Résultats : 16 entretiens de février à mai 2025 ont permis de définir trois profils de médecins. Le premier révélait des médecins confiants dans la réalisation de cette recommandation grâce à leur adaptabilité, leur conviction vaccinale, leur pédagogie et leur empathie. Le deuxième au profil pragmatique avait besoin d'expérimenter pour organiser les soins et conserver l'habileté technique. Enfin le dernier était plus critique et avait besoin d'analyser finement cette recommandation pour préserver son intégrité. Ils se disaient sceptiques quant à l'adhésion parentale voire résignés après avoir vécu les dernières mises à jour du calendrier vaccinal.

Conclusion : La décision médicale s'appuie sur le savoir théorique, les recommandations professionnelles et l'expérience clinique. Ils font le choix d'une décision adaptée à chaque patient, s'inspirant du modèle biopsychosocial.

INTRODUCTION

Comme disait Charles-Joseph Panckoucke et non Hippocrate : “Mieux vaut prévenir que guérir”. Depuis toujours, la médecine valorise la prévention pour garantir une meilleure santé.

La grippe saisonnière, au cœur des préoccupations de santé publique, représente un challenge majeur en raison de la capacité du virus influenza à muter rapidement. Cette maladie respiratoire est responsable d'une charge épidémiologique et économique significative à l'échelle mondiale. Chaque année, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les épidémies de grippe entraînent entre 3 et 5 millions de cas graves et provoquent entre 290 000 et 650 000 décès (1). A l'échelle nationale, sur une étude de 2011-2012 à 2019-2020 de Santé Publique France (SPF), le nombre de cas estimé est situé entre 2 et 6 millions par épidémie et près de 9 000 décès en lien (2). En France, l'impact économique de la grippe est considérable : selon le Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG), le coût des épidémies en médecine ambulatoire, hors hospitalisations et pertes de production, oscille entre 230 et 840 millions d'euros par épidémie. Ces dépenses sont majorées par les arrêts de travail des adultes grippés, qui durent en moyenne 4,8 jours pour 70 % des salariés touchés. Ce qui représente près de la moitié du coût global des épidémies grippales (3).

Face à ces impacts, la vaccination constitue l'outil principal de prévention. Cependant, en raison des mutations fréquentes du virus, le vaccin doit être réajusté chaque année, ce qui impose des défis en termes d'adhésion et de couverture vaccinale. Sachant que les épidémies débutent souvent dans la

population pédiatrique, la HAS a récemment recommandé d'élargir la vaccination contre la grippe aux enfants de 2 à 17 ans sans comorbidités en France (2). Cette proposition s'appuie sur les bénéfices observés dans d'autres pays, tels que le Royaume-Uni et le Japon, où la vaccination infantile a démontré son efficacité en termes de protection collective. Par exemple, au Japon, la vaccination obligatoire des enfants dans les années 1960 a permis d'éviter environ un décès chez les personnes vulnérables pour 420 enfants vaccinés (4). Cette stratégie, qui s'appuie sur une double protection individuelle et collective, soulève l'espoir d'une réduction significative de la propagation du virus et des complications associées.

Pour autant, l'extension de cette stratégie vaccinale n'est pas sans limites. L'hésitation vaccinale, qui persiste tant chez le public que chez les professionnels de santé, constitue un frein majeur. En effet, le vaccin antigrippal figure parmi ceux suscitant le plus de réticences chez les parents (5). Cette défiance s'étend également aux médecins généralistes, pourtant acteurs clés des campagnes de vaccination. Une étude réalisée en 2014 a révélé qu'entre 16% et 43% des médecins généralistes recommandaient « parfois » ou « jamais » au moins un vaccin spécifique à leur patientèle (6). Ces professionnels se trouvent confrontés à un double défi : se convaincre eux-mêmes des bénéfices d'une vaccination pour une population jusque-là non prioritaire et convaincre des parents parfois réticents de l'importance de vacciner leurs enfants.

Le sujet de notre étude était de recueillir l'opinion des médecins généralistes sur la recommandation d'élargir la vaccination antigrippale aux enfants de 2 à 17 ans sans comorbidités. L'étude vise à explorer leurs motivations et leurs freins à sa mise en œuvre dans leur pratique professionnelle.

MÉTHODES

1. Type d'étude et de population

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés, principalement réalisés en présentiel, auprès des médecins généralistes exerçant en ambulatoire. Certains avaient une activité mixte (PMI, hôpital).

2. Recrutement

Critères d'inclusions et d'exclusions

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste exerçant en Maine et Loire, en Mayenne ou en Loire Atlantique. Les critères d'exclusion étaient d'être médecin remplaçant, médecin généraliste avec un mode d'exercice spécialisé (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, etc.) et médecin généraliste avec une activité hospitalière exclusive.

Modes de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé par courriel, par téléphone en contactant directement les médecins ou les secrétariats, ou par connaissances dans un premier temps puis élargi par effet « boule de neige ». Une lettre d'information et un formulaire de consentement leur ont été transmis pour leur présenter le sujet de la recherche et expliquer les modalités d'enregistrement. Dans ces documents, les notions d'anonymisation et désidentification des données étaient abordées. Aucune sauvegarde des données personnelles n'a été réalisée au cours de notre étude. Le droit à la rétraction à tout moment de l'étude et ce, sans justification, leur était mentionné au préalable de l'entretien. Selon leur souhait, une copie de la retranscription de leur entretien pouvait leur être remise. Les entretiens se sont tenus entre février et mai 2025.

Échantillonnage

L'échantillonnage a été raisonné en fonction de plusieurs critères de variation : le sexe, l'âge, le milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), le type d'activité (libérale ou mixte), la durée d'exercice, la proportion d'enfants dans la patientèle, la participation à des formations récentes sur la vaccination, ainsi que le statut de maître de stage universitaire ou non.

3. Recueil des données

La conception de notre guide d'entretien s'est appuyée sur la littérature existante ainsi que sur les hypothèses formulées par les chercheuses. Il répondait aux critères de qualité de la grille COREQ. Ce guide s'organisait en cinq parties : la première abordait la vaccination de manière générale ; la deuxième s'intéressait à l'avis des participants concernant la recommandation de la HAS ; la troisième visait à explorer la faisabilité de ce nouveau schéma vaccinal ; la quatrième traitait des motivations et des freins des médecins à sa mise en œuvre ; enfin, la cinquième étudiait la communication et l'argumentation des praticiens autour du discours vaccinal.

L'expérimentation du guide d'entretien a été réalisée pour s'assurer de la compréhension des questions abordées. Au fil des entretiens, une actualisation du guide a été opérée avec l'ajout de 3 questions (voir Annexe 1) dans le but de préciser certaines modalités de l'application de cette recommandation. Le médecin interrogé choisissait le lieu de l'entretien. La visioconférence pouvait être acceptée par les chercheuses.

Les présupposés étaient que les médecins interrogés méconnaissaient la plupart du temps cette recommandation et donc ne l'appliquaient pas tous. En cas d'information ils questionnaient l'intérêt de cet élargissement de la cible vaccinale et le bénéfice attendu.

4. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, en respectant le langage oral, dans un fichier Google Doc commun. Le logiciel de transcription *OpenAI Whisper* a été utilisé, puis chaque retranscription a fait l'objet d'une relecture attentive à partir de l'enregistrement audio afin de corriger d'éventuelles erreurs. Cette vérification a été effectuée par chaque chercheuse pour chaque entretien réalisé. L'analyse des données était inspirée de la théorisation ancrée.

Le codage des deux premiers entretiens de chaque chercheuse a été opéré avec l'aide de la directrice de thèse. Par la suite, chaque chercheuse a effectué le codage de tous les entretiens. Une triangulation des données a pu prendre forme par le double codage en aveugle des chercheuses, puis par leur mise en commun lors de rencontres avec la directrice de thèse. Enfin, les deux chercheuses ont repris les huit premiers entretiens pour affiner le codage en tenant compte de nouvelles propriétés dégagées par la suite de l'analyse.

Elles se sont ensuite réunies pour construire ensemble les catégories et élaborer un schéma explicatif (Figure 1).

5. Aspects éthiques et réglementaires

Aucun comité d'éthique n'a été sollicité car il ne s'agissait pas de recherche impliquant la personne humaine.

RÉSULTATS

6. Caractéristiques des entretiens et des participants

6.1. L'échantillon

Parmi les interrogés, 10 étaient des femmes et 6 des hommes. Les participants avaient une moyenne d'âge de 43 ans et une médiane entre 30 et 39 ans. Concernant leur exercice professionnel, 5 médecins avaient une activité mixte (3 à l'hôpital et 2 en PMI) et enfin 2 médecins exerçaient seuls dans leur cabinet. 9 médecins étaient maître de stage universitaire, encadrant des internes en stage de niveau 1, en SAFE ou en SASPAS. Les caractéristiques des participants sont développées dans le tableau ci-dessous (Tableau I).

6.2. Les entretiens

Au total, les deux chercheuses ont mené 16 entretiens. A partir du 12ème entretien nous avons approuvé la suffisance des données de façon commune. La durée moyenne des entretiens a été de 54,8 minutes et la durée médiane se situe à 50 minutes. La plupart du temps, ils ont eu lieu dans leur cabinet, mais cela a aussi pu s'organiser à leur domicile ou dans le bureau médical de l'hôpital où ils exercent. Les enregistrements ont été réalisés sur deux supports à chaque entretien parmi les outils suivants : dictaphone, téléphone portable, ordinateur portable ou tablette numérique.

Tableau I - Population d'étude

Entretien	Durée (minutes)	Âge (ans)	Sexe	Type de structures	Milieu d'exercice	Date d'installation	Département	Part pédiatrique (%)	MSU*	Formation récente (< 5 ans) sur la vaccination
MG1	45	> 60	Homme	Cabinet de groupe + hôpital local	Semi-rural	1990	49	20	oui	non
MG2	130	40 - 49	Femme	MSP	Rural	2014	49	17	oui	oui
MG3	50	50-59	Homme	MSP	Semi-rural	2003	49	30	oui	oui
MG4	35	30-39	Femme	Cabinet de groupe ESP CLAP	Semi-rural	2020	44	16	oui	non
MG5	52	40-49	Homme	Cabinet de groupe	Urbain	2012	49	15	non	non
MG6	50	30-39	Homme	Cabinet de groupe + CHU	Rural	2024	44	15	non	oui
MG7	60	50-59	Femme	ESP	Semi-rural	2005	72	15	oui	oui
MG8	48	30-39	Femme	MSP	Semi-rural	2020	49	20	oui	non
MG9	60	30-39	Femme	Cabinet de groupe + hôpital local	Semi-rural	2021	49	20	oui	non
MG10	47	30-39	Femme	MSP + PMI	Rural	2019	53	60	oui	oui
MG11	65	40-49	Homme	MSP	Rural	2014	49	33	oui	oui
MG12	60	30-39	Femme	Médecin seule (ESP Clap)	Rural	2024	49	15	non	oui
MG13	43	30-39	Femme	Cabinet de groupe	Rural	2024	49	25	non	oui
MG14	40	50 - 59	Femme	Cabinet de groupe	Rural	2002	44	16	non	oui
MG15	40	50 - 59	Homme	Médecin seul	Rural	1998	49	7	non	oui
MG16	52	30 - 39	Femme	PMI + CSS	Urbain	2012	49	20	non	oui

MSU : Maître de stage universitaire, MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle, ESP : équipe de soins primaires, PMI : protection maternelle et infantile, CSS : Centre de santé sexuelle.

7. Schéma explicatif

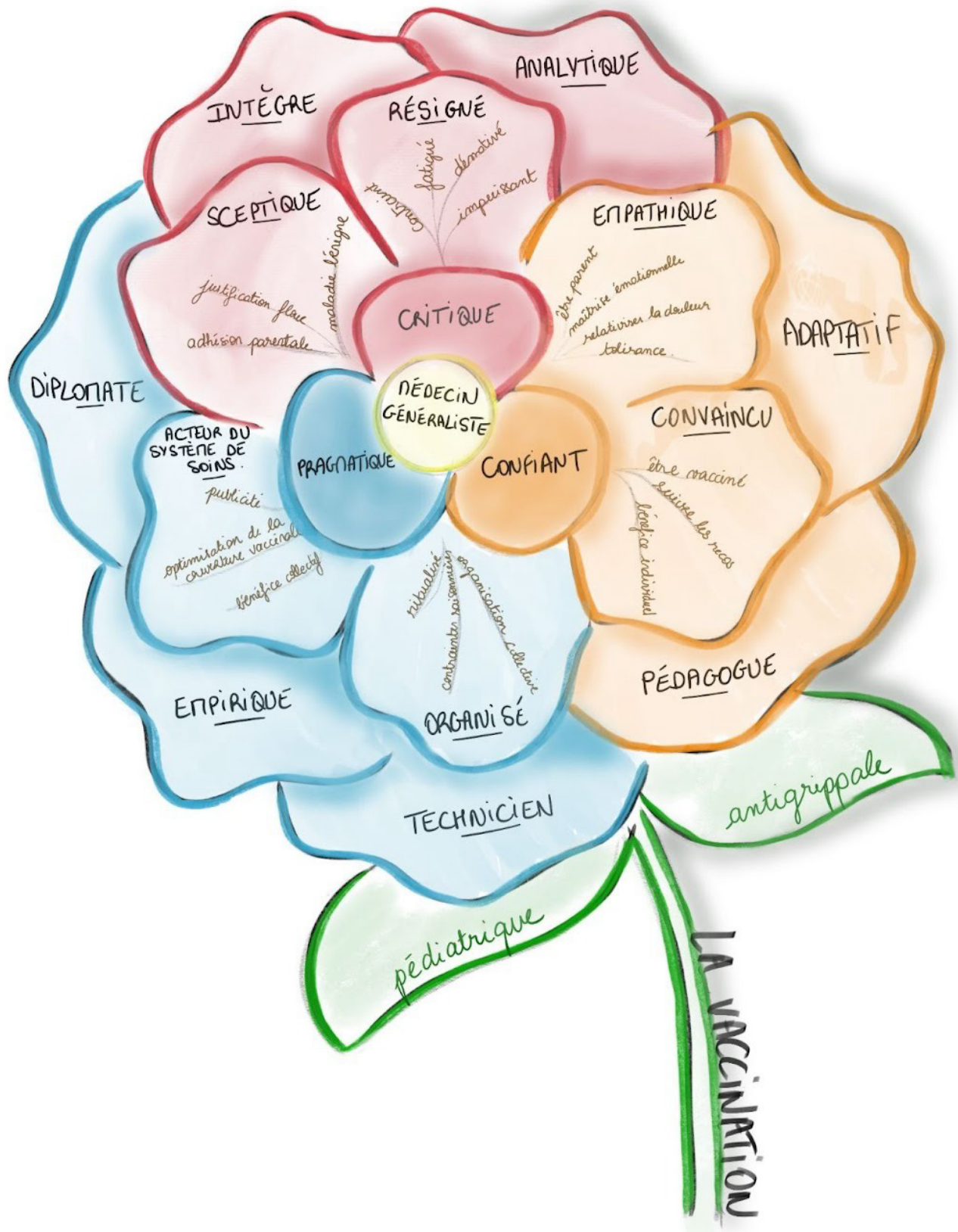


Figure 1 : Une vaccination qui prend racine dans les différents profils de médecins généralistes

8. Le médecin pragmatique

8.1. Acteur du système de soins : coordonner les soins

Ce type de médecin considère la vaccination comme un acte central de notre système de soins dans lequel il a un rôle clé : « *C'est quand même un enjeu de santé publique et que c'est plutôt notre rôle, enfin, je pense qu'on est en première ligne.* » (MG8).

Il souligne toutefois que, jusqu'à présent, la vaccination antigrippale chez l'enfant ne faisait pas vraiment partie de ses missions. Elle concernait surtout les enfants à risque, généralement vaccinés par leurs spécialistes : « *Les enfants immunodéprimés de part telle ou telle maladie que de toute façon le spécialiste les vaccine en général.* » (MG15).

Face à cette nouvelle recommandation, ce médecin pragmatique réfléchit à des moyens pour **optimiser la couverture vaccinale** de sa patientèle. Il fait un parallèle avec la vaccination des adultes à risques en évoquant la possibilité d'une interprofessionnalité avec les pharmaciens, infirmières et sages femmes pour **faciliter le parcours de soins** : « *Le fait que les pharmaciens et les infirmiers puissent vacciner, ça a amélioré, je pense, une certaine accessibilité à la réalisation du vaccin* » (MG11), « *Je trouve ça plutôt bien parce que plus on facilite, finalement, l'accès à la vaccination et plus on a de chances, je pense, d'obtenir un meilleur taux de couverture vaccinale.* » (MG1).

C'est dans cette logique que l'appui sur la **médecine scolaire** est évoqué : « *Il faudrait que ce soit proposé aussi, comme le GARDASIL est fait à l'école, pourquoi pas dire aussi et proposer la grippe. Effectivement, ça peut être un moyen de vacciner plus.* » (MG7).

Cependant, cette option est nuancée par plusieurs freins, notamment une possible réticence des parents : « *Le problème, c'est qu'à cause de la campagne de vaccination obligatoire de l'hépatite B dans les années 90, il n'y a plus la confiance à l'école* » (MG6), ainsi que le manque de médecins scolaires : « *Peut-être qu'ils s'appuieraient sur la médecine scolaire pour arriver à faire ça. Mais bon, vu qu'il y a de moins en moins de médecins scolaires, ça serait bien compliqué.* » (MG12).

L'exigence commune de ce type de médecin subsiste dans la **traçabilité vaccinale** : « *Je suis assez favorable à l'ouverture de la vaccination à tout le monde, dans la mesure où tout est bien noté, bien coordonné.* » (MG11).

Par ailleurs, ce médecin considère que d'autres aspects de cette recommandation **relèvent des autorités sanitaires nationales**. Il cite l'organisation logistique comme la disponibilité d'un nombre de vaccins suffisants : « *Après, je pense qu'ils prévoient un nombre de doses suffisant. Le nombre de doses, je trouve ça, c'est pas nous qui gérons.* » (MG13). Il évoque également la nécessité de faciliter l'accès au vaccin, par exemple par l'envoi de bons ou de courriers aux patients : « *Les gens pourraient aller directement à la pharmacie chercher le vaccin par exemple...* » (MG14). Enfin, il souligne l'importance d'une information du grand public en amont des consultations, afin de faciliter les échanges avec les patients : « *Si les gens sont déjà un peu informés et qu'ils veulent ton avis, je pense que c'est bien, c'est plus facile pour nous après.* » (MG9).

Dans la perspective d'une santé populationnelle, cette nouvelle recommandation semble cohérente pour le médecin pragmatique : « *On sait que ce sont les*

*enfants qui sont vecteurs pour redonner aux anciens. » (MG14). Il y voit plusieurs **bénéfices**, notamment la réduction des **hospitalisations** : « C'est pour éviter le nombre d'hospitalisations importantes l'hiver, je pense. » (MG9), la limitation de **l'absentéisme scolaire et professionnel** : « Peut-être pour éviter les classes déstructurées au moment de certaines épidémies. » (MG15), ainsi qu'un **bénéfice collectif** : « C'est pour l'immunité collective. » (MG8).*

En conclusion, ce médecin perçoit la vaccination antigrippale pédiatrique élargie comme un **acte de santé publique efficient** avec des bénéfices hospitaliers, sociaux et collectifs. Il insiste sur la nécessité d'une organisation collective pour optimiser la couverture vaccinale.

8.2. Organisé : rendre la recommandation faisable

Ce type de médecin a développé une organisation très **ritualisée** de la consultation vaccinale. La majorité des médecins interrogés expliquent terminer systématiquement la consultation par la vaccination, afin de faciliter l'examen clinique et la relation avec l'enfant : « Souvent, je termine par la vaccination, c'est-à-dire que j'examine l'enfant et puis je prépare le vaccin. » (MG1), « Dans les bras des parents, assis face à moi. Avec le visage du bébé près du visage de la maman ou du papa. » (MG11).

Dès qu'il a eu connaissance de cette recommandation, le médecin pragmatique réfléchit tout de suite **à la mise en place** de celle-ci. Pour la plupart d'entre eux, cette recommandation apparaît **difficilement faisable**, en raison de plusieurs contraintes pratiques. La première concerne le **suivi irrégulier** des enfants selon l'âge. Si les jeunes enfants sont vus très régulièrement, ce n'est plus le cas après l'entrée à l'école : « Jusqu'à 6 ans à peu près. Après, non. Pas

toujours. » (MG11), « Et 11-13 ans, c'est là où c'est plus compliqué, parce qu'on ne les voit pas beaucoup. » (MG6).

À cela s'ajoutent les **contraintes saisonnières** propres à la vaccination antigrippale. Le vaccin doit être proposé sur une période courte, concentrée sur l'automne et le début de l'hiver, ce qui pose un réel problème d'organisation : « *Vacciner une population plus large en trois mois, c'est un peu chaud. » (MG7).* Les médecins expliquent qu'il leur est impossible de voir tous les enfants sur cette période sans renoncer à d'autres consultations : « *On ne va pas avoir tout le monde en octobre, novembre, décembre. On ne voit pas tous nos enfants à ce moment-là. Ce n'est pas possible. » (MG2).* Cette surcharge concerne aussi bien la **disponibilité des médecins que celle des familles** : « *Déjà, prendre un rendez-vous, s'organiser et tout ça, ça peut des fois être compliqué, surtout s'il y a plusieurs enfants. » (MG10).*

D'autres contraintes viennent encore réduire les possibilités, notamment le fait que les enfants doivent être vaccinés en dehors de toute pathologie aiguë et souvent en dehors du temps scolaire : « *De toute façon, si l'enfant, il a de la fièvre, on ne le vaccinera pas. » (MG13), « Il faut que ce soit après l'école. » (MG14).* L'ensemble de ces éléments amène ces médecins à adopter une **posture réaliste** quant aux objectifs de cette recommandation. Plusieurs estiment qu'une couverture vaccinale partielle serait déjà satisfaisante : « *Donc, on peut penser que pour ce type de population, si on arrive à 30-40%, ce sera déjà pas mal. » (MG1), « Honnêtement je pense qu'on ne dépasserait pas un tiers. » (MG11).*

Les **contraintes administratives** sont également fréquemment évoquées. La prescription, la gestion des ordonnances et la multiplication des démarches sont perçues comme des freins supplémentaires : « *Est-ce qu'il faudra une ordonnance ou pas ? [...] ça nous rajoute quand même beaucoup de paperasse.* » (MG13).

Malgré ces difficultés, le médecin organisé **anticipe** et réfléchit à des solutions pour améliorer la faisabilité de cette recommandation. Plusieurs proposent **d'adapter leur planning** avec des consultations dédiées et plus courtes : « *Il faudrait vraiment faire un temps dédié où c'est cinq minutes, on ne parle pas d'autre chose.* » (MG13), « *Et de faire ça sur une demi-journée, comme on a fait pour la vaccination Covid par exemple.* » (MG4).

D'autres insistent sur la nécessité d'une **organisation collective territoriale** : « *Si je suis seule, on n'y arrive pas. Il faut qu'il y ait une synergie d'équipe.* » (MG12). Cependant, cette délégation à d'autres professionnels de santé, est nuancée par certains médecins qui craignent de perdre une opportunité de consultation de suivi et/ou de prévention pour l'enfant : « *Le fait de voir un paramédical fait qu'on n'aura pas ce temps dédié-là.* » (MG12).

En conclusion, le médecin pragmatique est **organisé et réaliste** face à cette recommandation. Il n'est pas opposé mais se questionne sur sa faisabilité. Il identifie rapidement les contraintes d'organisation, de temps et de suivi. Pour lui, cette recommandation ne peut fonctionner qu'avec une anticipation, une adaptation de l'organisation et un travail en équipe.

8.3. Empirique : apprendre par l'expérience du terrain

La vaccination pédiatrique est considérée comme un **acte courant** dans la pratique de tous les médecins généralistes interrogés : « *J'ai l'impression d'en faire beaucoup... je fais au moins entre un et cinq vaccins par jour.* » (MG4), « *J'ai quand même pas mal de suivi de nourrisson donc forcément ça revient vite.* » (MG4). Ils sont d'accord pour dire qu'elle est **globalement bien acceptée** par les parents, avec de rares oppositions : « *La plupart du temps, les parents ont plutôt tendance à aller dans le sens de la vaccination.* » (MG1), « *Des gens qui sont vraiment contre le vaccin d'une manière générale, je n'en connais pas beaucoup.* » (MG3).

Chez les parents ayant déjà des enfants, un **automatisme vaccinal** se développe, « *Quand c'est l'aîné, il y a toujours plus d'interrogations, et pour les suivants, ça s'enchaîne beaucoup plus vite.* » (MG5) ; ce réflexe apparaît aussi chez les personnes âgées qui sont vaccinées annuellement contre la grippe : « *une fois qu'ils ont fait le premier, après c'est bon, ils se vaccinent tous les ans* » (MG9).

Pour autant, même si la vaccination pédiatrique est quotidienne, comme dit précédemment, l'antigrippale est perçue comme **anecdotique**, « *Je n'ai pas vacciné un seul enfant pour la grippe cette année* » (MG3), « *C'est vrai qu'on n'en fait pas beaucoup* » (MG13). Ils disent la pratiquer essentiellement chez l'enfant asthmatique, car considéré comme à risque, « *Je la fais surtout aux asthmatiques et c'est tout.* » (MG9), « *Chez les enfants asthmatiques, mais pas avant.* » (MG6). Par ailleurs, bien qu'ils constatent une bonne tolérance du vaccin antigrippal, « *Du peu que j'ai fait, je n'ai pas eu de remontée de problème.* »

(MG12), celui-ci n'est pas intégré spontanément dans leur réflexion : « *Je n'ai pas l'alarme rouge dans mon cerveau.* » (MG12), « *Je ne le propose pas, parce que je n'y pense pas.* » (MG7).

En tant que praticien de terrain, il pense que l'ajout de cette vaccination annuelle ne sera pas aisé selon l'âge de l'enfant, « *Ceux qui sont durs à vacciner, c'est les enfants de 6 ans.* » (MG6), « *à 11-12 ans, c'est plus compliqué, ils sont plus méfiants.* » (MG8). Il apparaît donc que la vaccination est un acte difficile entre 6 et 12 ans.

En outre, la justification de cette nouvelle recommandation interroge la majorité des médecins **puisque'ils ont hospitalisé peu ou pas d'enfants pour une grippe**, l'estimant ainsi moins sévère que chez l'adulte, « *Je vois moins de complications chez les enfants que chez les adultes* » (MG8). Néanmoins, ils ne méconnaissent pas la possibilité de formes pédiatriques compliquées, notamment avec la variation virologique annuelle : « *ça dépend vraiment des années* » (MG11). Un seul des médecins interrogés a été confronté à un décès infantile dans les suites d'une grippe.

Toujours dans leur démarche expérimentale, les généralistes ayant connaissance de cette recommandation ont tenté de la proposer en consultation, sans succès : « *Sur le peu que je l'ai proposé, personne ne m'a dit oui.* » (MG6). D'autres remarquent ne pas avoir eu de sollicitations des parents : « *Je n'ai pas eu non plus de demande.* » (MG7).

Les plus optimistes font l'hypothèse que les récentes épidémies grippales infantiles favoriseraient l'adhésion parentale à cette recommandation, « *Quand je vois le nombre d'enfants qui ont eu la grippe cet hiver et les parents qui*

étaient quand même assez inquiets, je pense que ça pourrait être bien accepté
» (MG10).

En parallèle, ceux n'ayant pas fait l'essai en consultation ont besoin de questionner leur patientèle avant de se prononcer sur cette recommandation :
« *Je pense qu'il faut essayer. Tant qu'on ne démarre pas, on ne peut pas trop savoir.* » (MG1), « *Il faudrait voir en pratique comment les enfants réagissent.* » (MG16).

En résumé, le médecin empirique perçoit la grippe chez l'enfant sans comorbidités comme le plus souvent **peu grave dans sa pratique quotidienne**. La vaccination antigrippale pédiatrique reste peu intégrée, rarement demandée et son élargissement apparaît complexe à mettre en place.

8.4. Technicien : maîtriser le savoir-faire vaccinal

Le médecin pragmatique réfléchit à cette nouvelle recommandation principalement à travers le geste vaccinal. Dans son rôle **d'effecteur**, il se montre globalement à l'aise avec l'acte technique et ne l'identifie pas comme un frein à la mise en œuvre de la vaccination chez les enfants de 2 à 17 ans : « *Moi, je ne crains pas piquer* » (MG2), « *Je ne vois pas de frein. Je pique* » (MG6), « *Le geste ne me gêne pas* » (MG10). Certains médecins préfèrent utiliser leur propre manière de vacciner afin de se sentir plus serein et de garder le contrôle du geste : « *J'impose un peu ma façon de vacciner pour être à l'aise* » (MG11). Pour la plupart, la vaccination est vue comme un acte facile et rapide, qui ne demande pas de compétences particulières : « *Ce n'est pas très compliqué* » (MG14), « *C'est facile* » (MG15), « *Ça ne demande pas une grande formation.* »

(MG13). Un médecin affirme apprécier cet acte dans sa pratique : « *Moi, j'aime bien ça.* » (MG13).

Cette aisance technique est toutefois nuancée lorsque l'enfant présente une appréhension importante. Le stress et les mouvements imprévus peuvent entraîner une **perte de maîtrise du geste vaccinal** : « *Ils ont tendance à retirer le bras.* » (MG1), « *ça bouge dans tous les sens* » (MG6). Dans ces situations, le geste devient plus complexe et peut mettre le médecin en difficulté : « *Il faut les contentionner un peu (...) c'est un moment qui peut mettre en difficulté* » (MG13), avec parfois des conséquences pour l'enfant : « *Ça m'est arrivé de griffer une fois avec l'aiguille* » (MG13).

Lorsque la vaccination devient source de douleur ou d'inconfort, le médecin technicien tend à attribuer celle-ci au produit injecté plutôt qu'à son geste, **se déresponsabilisant** ainsi de la douleur ressentie par l'enfant : « *Ce n'est pas moi qui fais mal. Le produit peut brûler.* » (MG5), « *C'est l'injection du produit qui fait mal.* » (MG10). Cette posture lui permet de préserver la confiance dans sa maîtrise technique. Certains médecins vont jusqu'à valoriser une technique d'injection qu'ils estiment quasi indolore : « *J'ai une technique qui fait qu'ils n'ont pas trop mal.* » (MG15).

Dans ce contexte, l'avis du médecin technicien sur la vaccination antigrippale élargie est globalement favorable, à condition que les modalités techniques restent simples et rapides. La **galénique intranasale** est perçue comme une opportunité pour la mise en place de cette recommandation : « *plus simple à réaliser* », « *moins chronophage* » (MG5). Cette voie permettrait de réduire le temps de préparation et de négociation avec les enfants anxieux : « *Je négocie*

pendant un quart d'heure. » (MG5). Elle est également décrite comme plus attractive et plus efficace sur le plan organisationnel : « *c'est plus rapide* » (MG15), « *c'est moins chiant à faire* » (MG11). Un médecin exprime toutefois une réserve technique concernant la contention : « *En même temps, choper un nez quand ils se débattent... c'est peut-être plus facile de choper une jambe* » (MG16).

Ainsi, le médecin pragmatique effecteur porte un regard plutôt favorable sur la vaccination antigrippale élargie chez l'enfant, **dès lors que les conditions techniques sont réunies**. Son adhésion repose principalement sur la simplicité du geste, la maîtrise technique et la disponibilité de la galénique intranasale.

8.5. Diplomate : l'art du compromis

Par sa capacité à communiquer avec tact afin de préserver le dialogue et limiter le conflit, le médecin diplomate fait de sa **relation avec l'enfant** et du **développement d'une alliance thérapeutique** ses priorités. Selon lui, la consultation vaccinale impose des enjeux relationnels qu'il veut préserver : « *Le but ce n'est pas non plus d'être dans l'opposition.* » (MG4).

Afin que les soins soient acceptés par l'enfant, ce type de médecin attache une grande importance à la relation de confiance. A plusieurs reprises, des médecins ont partagé l'impression que leur discours impacte fortement la décision parentale, « *S'il le recommande, c'est qu'il faut le faire.* » (MG5). Parfois l'avis médical est même prépondérant face aux recommandations officielles, « *Ils vont plus aller dans le sens du médecin que des autorités publiques.* » (MG15).

La pédiatrie implique une **relation triangulaire** entre le médecin, l'enfant et ses parents. C'est dans cette dynamique que le médecin diplomate souligne **l'influence parentale** sur le vécu de l'enfant. Le comportement des parents peut rassurer ou, au contraire, majorer l'anxiété : « *Si le parent a peur, l'enfant a peur, forcément, ce sont des tampons à émotions.* » (MG13).

L'immaturité cognitive et émotionnelle de l'enfant est prise en compte par les professionnels, s'adaptant à leur âge, « *Un enfant ça pleure, c'est normal (...) ils n'ont pas la capacité à gérer leurs émotions comme nous* » (MG4), « *Je pense que les ados, ils sont capables de comprendre pourquoi est-ce qu'on les vaccine* » (MG9). C'est pourquoi, ces généralistes considèrent que la préparation de l'enfant à l'acte vaccinal relève de la **responsabilité parentale**, « *C'est important de prévenir un enfant (...) bien expliquer pourquoi on le fait* » (MG13). Afin de garantir l'alliance thérapeutique, ce type de professionnel préserve la **liberté décisionnelle** concernant les recommandations vaccinales : « *J'en parle en consultation et puis je laisse les patients choisir.* » (MG1). Le refus est respecté, tout en restant ouvert à une nouvelle discussion, « *Je marque juste refus cette année, mais je ne pousse pas.* » (MG6). Cette attitude lui permet de maintenir une relation de confiance dans le temps.

C'est cette posture diplomatique qui va également faire craindre au médecin qu'une vaccination annuelle détériore sa relation avec l'enfant à long terme. Il s'inquiète d'être associé à la douleur, « *Quand ils me voient (...) ils pleurent d'emblée.* » (MG15). Cette récurrence hivernale lui fait appréhender le déroulement des futures consultations, « *Si à chaque fois qu'ils viennent, on leur fait une injection (...) ça va être galère pour toutes les consultations.* » (MG4).

Ainsi, le médecin pragmatique diplomate ne se positionne ni pour ni contre la

vaccination antigrippale élargie. Son adhésion dépend surtout de **l'impact de cette recommandation sur sa relation avec l'enfant et ses parents**, qu'il cherche avant tout à préserver pour favoriser le suivi et l'acceptation des soins à long terme.

9. Le médecin confiant

9.1. Adaptatif : un médecin caméléon

Le médecin confiant se montre globalement adaptatif face à la vaccination antigrippale de l'enfant. Il ajuste sa pratique selon l'âge de l'enfant, son comportement, l'intensité de son anxiété ainsi que le contexte familial. Il ne redoute pas l'acte vaccinal, car il adapte son attitude pour rassurer l'enfant et instaurer un climat de confiance : « *Moi, je n'ai pas de formalité particulière. Après, tout dépend de l'âge de l'enfant.* » (MG2), « *Il faut essayer de s'adapter à la personnalité des enfants.* » (MG11).

Sa souplesse est aussi visible dans la réalisation de la vaccination, il personnalise l'installation de l'enfant, la rapidité d'exécution et le lieu d'injection en fonction de l'âge, la morphologie et l'angoisse de l'enfant, « *Je suis généralement assez rapide.* » (MG2), « *À partir de l'âge de la marche, il vaut mieux faire dans le bras.* » (MG13). Par exemple, chez les enfants les plus minces, certains continuent de privilégier l'injection dans le vaste externe : « *On continue dans la cuisse.* » (MG6).

Ce type de médecin privilégie une médecine **individualisée**. Il applique les recommandations de manière **souple, au cas par cas**, plutôt que de façon systématique. La vaccination antigrippale est surtout proposée lorsque le bénéfice lui paraît évident, notamment pour protéger l'entourage familial : « *La maman*

*est asthmatique grave ou est en attente de greffe (...) là, on vaccine tout le monde. » (MG12). Certains reconnaissent également proposer des vaccinations en dehors des recommandations officielles lorsque la situation leur semble justifiée : « *Il y a toutes les vaccinations aussi qui sont peut-être hors recommandation (...) mais des fois, on les propose quand même.* » (MG13).*

Ce caractère adaptable n'est pas immédiat, ils estiment avoir besoin de temps afin de modifier progressivement leurs pratiques : « *J'ai eu du mal à prendre le virage.* » (MG3). D'autant plus concernant cette vaccination, qui comme évoqué plus tôt n'est pas encore acquise, « *Ce n'est pas encore passé dans les mœurs.* » (MG2). En effet, une partie des interrogés révèle d'ailleurs n'être au fait de la vaccination antigrippale chez l'enfant à risque que depuis peu, « *À risques, je suis à jour depuis pas très longtemps, j'ai lu ça il n'y a pas longtemps. Je pense que j'y ferai plus attention l'hiver prochain pour les enfants asthmatiques, etc. Mais peut-être qu'il faudra que je m'y mette pour tous les enfants du coup.* » (MG8).

Sa flexibilité lui permet d'être opportuniste et donc d'en extraire des **bénéfices secondaires**. Cette nouvelle recommandation pourrait lui permettre de renforcer le suivi des enfants, notamment à des âges où ils sont peu vus : « *Il pourrait y avoir un intérêt secondaire (...) de reprendre le suivi annuel de l'enfant sur une phase, par exemple, de rentrée.* » (MG5), comme c'était le cas auparavant avec les plus nombreux certificats de non contre-indication à la pratique d'un sport.

Envisager la disponibilité d'une galénique intranasale lui permettrait une meilleure acceptabilité : « *Peut-être que moi en plus je le présenterais en disant mais en plus ce n'est même pas une piqûre, c'est on inhale.* » (MG12). Il y voit même jusqu'à une voie potentiellement attractive, voire ludique, pour l'enfant, « *Ils*

voudront essayer une fois (...) parce que ça va être drôle. » (MG6).

Ce professionnel se montre positif à propos de l'acceptabilité parentale. Devant une vaccination annuelle, il envisage une possible familiarisation progressive, comme pour les enfants à risques déjà vaccinés chaque hiver : « *C'est finalement juste continuer en faisant une fois par an. » (MG13).* Dans cette logique, il estime qu'une généralisation de cette pratique favorise l'adhésion : « *Oui je pense qu'on ne propose pas assez systématiquement, le fait de généraliser ça simplifie le problème. » (MG11).*

L'actualisation régulière du calendrier vaccinal renforce son adaptabilité, puisqu'il doit régulièrement s'informer et modifier sa pratique : « *Et par contre ça nous demande aussi de s'informer régulièrement parce que ça change souvent. » (MG8).*

En conclusion, le médecin adaptatif adopte une **attitude souple et évolutive** face à la vaccination antigrippale élargie de l'enfant. Il reconnaît que sa mise en place prendra du temps, mais il en perçoit les bénéfices potentiels, notamment en termes de suivi pédiatrique.

9.2. Convaincu : protéger l'enfant

Le médecin convaincu **a confiance en l'efficacité** du vaccin antigrippal. Cette confiance est basée sur son expérience personnelle et clinique : « *Moi, je n'ai vu aucun patient vacciné qui avait la grippe. » (MG2), « Mais je pense que mes symptômes, en trois jours, ça allait nettement mieux. Je n'aurais pas été vacciné, ça aurait duré une bonne semaine. » (MG3), « Ça fait plus de 20 ans que je me vaccine et que je n'ai jamais eu la grippe depuis. » (MG2).*

Dans le cas d'une efficacité qui s'avère partielle, c'est à dire si le patient présente tout de même des symptômes, ce type de médecin reste persuadé de l'intérêt de la vaccination : « *Vous avez fait la grippe mais c'était une forme atténuée* » (MG3), « *Le fait d'avoir été vacciné, bon, ça va mieux se passer* » (MG1). D'autres médecins justifient cette moindre performance vaccinale par une infection virale autre que la grippe : « *Les gens qui sont malades alors qu'ils ont été vaccinés alors je leur dis "ben c'est parce que ce n'est pas la grippe. Tout n'est pas la grippe.* » (MG15).

Leur discours commun se base sur le **bénéfice individuel**, encore plus chez l'enfant à risque, le plus souvent asthmatique, le vaccin leur semble indispensable : « *Chez les asthmatiques je trouve que c'est vraiment indispensable* » (MG4), « *C'est pris en priorité ces enfants-là* » (MG11). Pour l'enfant sans comorbidités, l'intérêt majeur est de préserver sa qualité de vie, « *Pour pas l'avoir quoi* » (MG4), « *Si, avec le vaccin, on peut gagner et en qualité de vie (...) c'est quand même plutôt mieux* » (MG14), « *Mais mon enfant (...) il a été à l'envers trois quatre jours.* » (MG3). Leur conviction générale est justifiée par la possibilité de grippe pédiatrique sévère : « *Il peut y avoir des gripes méchantes.* » (MG15).

Le médecin convaincu veut **suivre les recommandations** car il fait **confiance aux autorités sanitaires**, « *Je respecte les autorités nationales de médicaments.* » (MG5), « *S'il est recommandé via les études, c'est que ça doit être bien.* » (MG13), « *La HAS, quand ils disent, c'est qu'ils ont raison.* » (MG15).

Son adhésion le pousse à **se faire vacciner** contre la grippe : « *Je me vaccine régulièrement, tous les ans pour la grippe.* » (MG2), « *Moi, je le fais tous les ans* » (MG13). C'est aussi cette opinion qui le motive à faire **vacciner ses propres**

enfants : « *Même pour mes enfants, ils ont tous été vaccinés pour la grippe cette année.* » (MG2), « *Oui, je le fais pour ma fille.* » (MG11). Il ne doute pas de la **sécurité** de ce vaccin : « *Le risque, il est vraiment très très faible.* » (MG3), « *Il peut y avoir une petite réaction fébrile, mais je ne pense pas que ce soit vraiment un frein.* » (MG1). C'est d'ailleurs pour ces raisons qu'il se montre favorable à l'application de cette recommandation : « *Oui, tu vois, l'hiver prochain, oui, je poserai la question.* » (MG7).

Ainsi, le médecin confiant apparaît comme un médecin **convaincu en l'efficacité et la sécurité du vaccin antigrippal, persuadé du bénéfice individuel**, y compris chez l'enfant sans comorbidités. Cette conviction personnelle est pour lui indispensable pour pouvoir proposer et défendre cette recommandation auprès des parents.

9.3. Pédagogue : expliquer pour convaincre

Ce type de médecin pense que cette recommandation nécessitera un gros travail de pédagogie pour qu'elle soit comprise. En effet, il observe que certaines réticences reposent sur des **patients mal informés** : « *Je me rends compte que les gens, ils ont du mal à comprendre pourquoi on va les revacciner.* » (MG3).

Parfois, il doit aussi composer avec de **fausses croyances** concernant la vaccination générale, issues d'anciens scandales sanitaires : « *Est-ce que le vaccin contre l'hépatite B ne donnait pas la sclérose en plaques ? C'était ça. Et donc, c'était difficile à mettre en place.* » (MG2). Certaines concernent particulièrement l'efficacité du vaccin antigrippal : « *Parce que des fois, il peut y avoir un certain amalgame de dire dès qu'on a le nez qui coule, de dire j'ai été vacciné contre la grippe et regardez là, il y a une rhinopharyngite. Voilà, un amalgame de toutes les*

pathologies, de dire si on fait un vaccin, ça doit protéger contre tout. » (MG12).

Pour ce médecin, l'acceptation parentale sera conditionnée par la qualité de son partage d'informations médicales. Son rôle réside en partie dans **l'éducation en santé**, transmettre ses connaissances permettra selon lui une meilleure prise de décision par le patient : « *Il faut expliquer que le virus change d'année en année (...) donc on est obligé de refaire cette vaccination régulièrement, tous les ans. » (MG1).* Il veille à **l'accessibilité de son discours** : « *Alors ça, moi je suis persuadée que rentrer trop dans le technique et dans le scientifique comme ça, ça n'est pas porteur du tout. » (MG2).*

L'objectif de l'ensemble de ces informations est, à terme, de **justifier la recommandation** vaccinale, la plupart du temps en délivrant une **argumentation contextuelle**, personnalisée à l'enfant : « *Quand il y a des examens en cours d'année, enfin, et qui peuvent tomber dans une période un peu d'épidémie, s'il y a un voyage prévu, s'il y a des choses qui peuvent être compromises du fait d'une grippe, on peut quand même toucher. » (MG1).* Il n'hésite pas à évoquer des **complications parfois invisibles** d'une infection grippale, aux yeux des patients : « *Quand tu mets en lumière leur pathologie intriquée avec la grippe, quelles seraient peut-être les complications, les difficultés qu'on aurait à les traiter, je trouve que ça leur parle plus. » (MG8).*

Dans tous les cas, le médecin pédagogue prône un **discours transparent et honnête**. Il reconnaît les limites du vaccin sans remettre en cause sa recommandation : « *Quelquefois le vaccin, peut-être, il n'est pas efficace, il faut le reconnaître. » (MG1).* Il refuse également une communication anxiogène : « *Dire c'est très grave la grippe (...) faire peur aux gens, ce n'est pas une bonne méthode.*

» (MG8). Cette honnêteté constitue pour certains un impératif moral : « *Je ne vais pas leur dire n'importe quoi (...) ça potentialise, mais qu'on peut faire une grippe derrière.* » (MG11).

Enfin, ce médecin cherche à **autonomiser progressivement l'enfant** dans la prise de décision vaccinale. Selon l'âge et la maturité perçue, il peut être directement sollicité lors de l'entretien : « *14, 15 ans, je demande l'avis du jeune.* » (MG8), ou lors de la réalisation du geste vaccinal : « *On leur demande s'ils veulent que je dise quand je les pique.* » (MG15).

Cette posture pédagogique, ouverte et respectueuse, permet au médecin de **respecter la décision** finale du patient : « *Il faut savoir aussi faire face au refus vaccinal qui existe quand même.* » (MG8).

Deux niveaux d'intensité dans la volonté de convaincre sont identifiés chez ces médecins. Certains **informent sans contraindre**, respectant le point de vue parental : « *Je l'entends, je réexplique (...) je ne vais pas les forcer* » (MG12). D'autres se pensent pédagogues en adoptant une posture plus **insistante et persuasive** : « *J'accompagne aussi un peu dans le temps (...) au bout d'un moment, ça finit par payer.* » (MG16).

En conclusion, le médecin pédagogue considère que l'acceptation et donc la réalisation de cette nouvelle recommandation repose avant tout sur son **travail d'explication et de transmission de connaissances**. Malgré ses efforts, il respectera la décision finale des parents y compris en cas de refus vaccinal.

9.4. Empathique : au cœur du métier

À l'annonce de cette nouvelle recommandation, le médecin empathique n'est pas immédiatement enthousiaste. Sa première préoccupation porte sur la **réaction de l'enfant** : douleur, stress, appréhension. Il comprend leurs peurs : « *On le sent, ils ont un peu d'appréhension.* » (MG10) et se met à leur place : « *Alors peut-être que moi, dans ma tête, je prévois qu'ils soient stressés.* » (MG2).

La vaccination pédiatrique est perçue comme un acte invasif : « *J'ai l'impression d'être un peu invasif sur des petites cuisses.* » (MG3), « *Ça donne un peu l'impression de mettre deux claques.* » (MG5) en parlant des doubles vaccinations. Ce médecin est sensible aux pleurs des enfants et doit **maîtriser ses propres émotions** : « *C'est jamais très agréable d'entendre un enfant pleurer, mais ça me met pas mal quoi.* » (MG4) ; « *Mon cœur se met à battre vite... du coup je vais un peu plus hâter mes gestes... après moi j'ai un petit temps où il faut que je redescende.* » (MG12). Sa réflexion se fait souvent **comme un parent** plutôt que comme un médecin : « *Je considère que toutes les générations derrière moi, c'est mes enfants. C'est un instinct paternel je pense.* » (MG5) ; « *La seule fois où ça m'a gênée, c'est le jour où j'ai dû le faire pour un de mes enfants.* » (MG2) ; « *Moi, je n'arriverai pas à vacciner mes enfants, je préfère que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse et que je sois avec lui* » (MG9).

Pour limiter la douleur et le stress, ces médecins mettent en place une gestion active et adaptée. Ils **rassurent** l'enfant avec des paroles simples : « *J'ai dit, t'as vu, il y a la grande aiguille, il y a la petite aiguille. Je choisis la petite pour toi.* » (MG15), **relativisent la douleur** en la comparant à des expériences familiales : « *C'est une petite piqûre comme un moustique.* » (MG6), « *Te coincer les doigts dans*

une porte, ça fait 10 000 fois plus mal » (MG12), ou rappellent ses réussites passées : « *Tu as déjà eu quatre fois dans ta vie ce vaccin-là, c'est ta cinquième fois, t'inquiète, ton corps, il connaît.* » (MG12). Certains comparent à leur propre expérience : « *Moi je me vaccine tous les ans, je sais bien quelle douleur je leur provoque.* » (MG4), tandis que d'autres **légitiment la douleur** comme une étape normale pour se protéger : « *Mais c'est une réaction qui est normale pour pouvoir se protéger et ne pas être malade.* » (MG5).

Ces médecins utilisent également des **stratégies pratiques et diverses** pour réduire l'inconfort : des injections simultanées « *Quand mon interne est là... on fait toutes les deux en même temps. Et ça, c'est génial.* » (MG7) ; des patchs anesthésiants « *À partir de deux ans, on va dire, s'il y a un rattrapage, [...] je mets des patchs.* » (MG13); l'allaitement maternel : « *Chez les tout-petits, je leur donne des solutions sucrées ou je les fais au sein... je trouve que c'est souvent mieux accepté.* » (MG10) ; et des outils de diversion pour détourner l'attention : « *Je fais des méthodes de pseudo-hypnose ou de diversion. Je leur demande de raconter leur journée, ou de souffler un grand coup, d'imiter un cri d'animal.* » (MG11), « *Qu'on va compter ensemble jusqu'à 10.* » (MG8).

Ces médecins sont très intéressés par la **galénique** intranasale. Elle est perçue comme moins invasive, **plus acceptable** pour les enfants et les parents et comme un moyen d'augmenter l'adhésion : « *Quand tu leur dis qu'il y aurait juste un vaccin, mais c'est un pchit dans le nez, ils le feront tous.* » (MG6), « *Je pense que tu changes la galénique, tu vas augmenter ton nombre de vaccination, c'est sûr.* » (MG9).

En conclusion, le médecin empathique est **réservé** sur la vaccination annuelle

systematique des enfants sans facteur de risque. Il considère que les inconvenients émotionnels des enfants (douleur, stress, peur) peuvent sembler supérieurs aux bénéfices attendus chez un enfant en bonne santé. La galénique intranasale représente pour lui une solution acceptable face à la répétition annuelle de ce vaccin.

10. Le médecin critique

10.1. Analytique : le jugement fondé sur les preuves

La grande majorité des médecins interrogés pour cette thèse **ne connaissent pas cette recommandation** de vaccination antigrippale élargie chez l'enfant : « *Ah, je ne l'ai pas vu.* » (MG3), « *Je ne savais pas que c'était 2 à 17 ans. Je croyais que c'était juste pour les enfants fragiles.* » (MG8).

Néanmoins, ce type de médecin cherche à **comprendre la logique** de cette recommandation en émettant plusieurs **hypothèses**, notamment autour de la transmission du virus, de la vie en collectivité et de la protection indirecte des adultes et des personnes âgées : « *En sachant que c'est quand même des populations qui sont assez à risque d'attraper la grippe du fait de la vie en collectivité, dans l'école, crèche.* » (MG1), « *Parce qu'on sait quand même... On sait que ce sont les enfants qui sont vecteurs pour redonner aux anciens.* » (MG14).

Le médecin analytique s'appuie surtout sur des **données scientifiques** pour se positionner. Il explique se référer régulièrement à des **études**, à des statistiques et à des sources institutionnelles pour s'informer et pour justifier une recommandation : « *Souvent, je me réfère à des études, plutôt statistiques, ou sur l'impact de ces vaccinations sur le recul de certaines maladies.* » (MG1), « *J'essaye de me procurer toujours le bulletin épidémiologique hebdomadaire aussi.* » (MG2),

« *Je me réfère beaucoup aussi au livret de vaccination officiel.* » (MG9).

Certains évoquent aussi ce qui se fait à l'étranger, mais avec prudence. Les **références internationales** ne suffisent pas à elles seules à les convaincre si elles ne sont pas appuyées par des données adaptées au contexte français : « *Mais vous n'en faites pas. Aux États-Unis, ça fait déjà 10 ans qu'on le fait et ça se passe bien. Non, moi, c'est pas ça. Est-ce qu'on a des études qui montrent que c'est effectivement...* » (MG2), « *Il faudrait voir ce qu'ils ont fait ailleurs, dans d'autres pays européens, où ils ont à peu près les mêmes problématiques que nous.* » (MG12).

De plus, certains médecins estiment **ne pas avoir suffisamment de données claires** sur la grippe infantile pour pouvoir expliquer cette recommandation : « *En fait, je pense que même nous, les médecins, on n'a pas assez d'infos sur les gripes de l'enfant.* » (MG6), « *Il faudrait avoir des chiffres.* » (MG11), « *Je n'ai pas le taux d'hospitalisation pour la grippe pour les enfants par an.* » (MG9).

Ils soulignent aussi une difficulté à poser le diagnostic en pratique courante. Chez l'enfant, de nombreux virus circulent, ce qui rend difficile de savoir s'il s'agit réellement d'une grippe et donc d'estimer son impact réel sur les consultations ou les hospitalisations : « *Franchement, le problème, c'est qu'on ne sait pas a priori que c'est une grippe.* » (MG6), « *On ne fait pas le test chez les enfants, globalement.* » (MG6), « *Soit ce n'était pas la grippe qu'elle a eue.* » (MG2).

Sa posture analytique lui permet de **questionner sa propre pratique** : « *Après je ne sais peut-être pas bien argumenter* » (MG4), « *Parce qu'on n'y pense pas assez.* » (MG11). Il souhaite mieux comprendre le manque d'adhésion parentale et médicale à cette vaccination. Le premier frein qu'il identifie est la perception de

cette pathologie vécue comme bénigne en pédiatrie, « *De toute façon, on voit bien les enfants, ils peuvent avoir 40 de fièvre pendant 3-4 jours, ils s'en remettent super bien.* » (MG2). Ensuite l'efficacité limitée du vaccin, selon les années, peut altérer son discours : « *Le vaccin de la grippe, on l'élabore 6 mois avant... Des fois, on se trompe.* » (MG12), « *C'est pas un exemple de vaccin les plus efficaces.* » (MG11).

Pour finir, il explique que le statut obligatoire encourage l'acceptation des parents, « *Les obligatoires, personne ne refuse de les faire. Les recommandés, ils ne vont pas forcément les faire.* » (MG9), « *À partir du moment où on dit c'est obligatoire, les gens, des fois, ils ne se questionnent plus.* » (MG2).

En conclusion, le médecin critique adopte une posture **analytique et réfléchi**.

Il a besoin de chiffres, de données claires et d'arguments solides pour se positionner. Il questionne la gravité réelle de la grippe chez l'enfant, l'intérêt clinique de la vaccination et son efficacité selon les années.

10.2. Résigné : face aux limites du système

Le médecin résigné décrit un **épuisement professionnel** progressif lié à la densité croissante du calendrier vaccinal pédiatrique. Il signale qu'avoir un calendrier à jour est un défi permanent ; certains le reconnaissent : « *Il est assez facile de louper les modifications du calendrier vaccinal et de se demander « Est-ce que j'ai bien tout compris ? Est-ce que je n'ai pas loupé un truc ? »* » (MG14). Il perçoit également une saturation vaccinale chez les parents qui expriment que « *Tout ce qu'on leur met dans le corps, c'est beaucoup trop.* » (MG12) et donc qui ont tendance à refuser les vaccinations dès lors qu'elles ne sont pas obligatoires. Cette vaccination antigrippale annuelle est perçue comme « *énorme* » en termes de quantité de

vaccins sur une vie (MG7) et donc difficile à intégrer.

De cette fatigue chronique découle une **perte de motivation** à la promotion vaccinale. En effet, beaucoup de médecins rapportent renoncer à convaincre des patients fortement opposés aux vaccins car « *S'ils sont fermés, fermés, fermés, de toute façon, il n'y a rien à faire.* » (MG13) ou encore que « *Ce n'est pas la peine de perdre de temps.* » (MG1). Certains reconnaissent explicitement ne pas avoir appliqué cette nouvelle recommandation par manque d'enthousiasme : « *Si, mais bon, après, je pense que je n'étais peut-être pas non plus assez motivée pour le faire.* » (MG14). La promotion vaccinale devient variable en fonction du patient, du contexte et de la motivation du médecin comme l'exprime MG4 « *des fois oui, des fois non... ça dépend de ma motivation.* ». Ce désengagement apparaît comme un moyen pour le médecin de préserver son temps et son énergie face aux contraintes de la consultation.

Le médecin résigné éprouve **se sentir parfois impuissant** face à certaines situations cliniques. Lorsqu'il est confronté à des patients « experts », il décrit une inversion du rapport de savoir, reconnaissant que « *Souvent, ils en savent beaucoup plus que toi, parce qu'eux, ils ont étudié toutes les compositions vaccinales.* » (MG8). Cependant, l'impuissance la plus fréquemment évoquée concerne les peurs vaccinales infantiles, décrites comme « *irrationnelles* » et imperméables à la réassurance, certains enfants allant jusqu'à « *courir en dehors pour ne pas se faire vacciner* » (MG1). Face à ces situations, certains médecins se sentent contraints de recourir à la contention physique : « *quand ils sont en train d'hurler, je dis, tant pis, on les tient* » (MG14), et de vacciner « *quand même* » (MG15). Pour quelques-uns, la seule manière d'atteindre les objectifs de la recommandation serait de recourir à des formes de contraintes institutionnelles,

notamment pour les patients en ALD, en rendant la vaccination quasi obligatoire ou sous forme de tiers payant conditionné par sa réalisation (MG6).

La résignation de ces médecins est alimentée par un sentiment de solitude professionnelle et un **manque de soutien institutionnel**. Plusieurs déplorent l'absence de campagnes de communication ciblées sur la vaccination des enfants : « *Enfin, je trouve que vraiment l'insistance, c'est pour les personnes âgées, les personnes fragiles et les femmes enceintes.* » (MG2). Cette absence de relais est perçue comme un « *loupé* », notamment pour les enfants à risque qui ne reçoivent pas de courrier de la Sécurité Sociale (MG4), ou dans des contextes où ni l'école ni les structures de garde ne jouent un rôle de rappel vaccinal (MG8). Certains dénoncent des incohérences dans les décisions institutionnelles qui ne reflètent pas la réalité du terrain « *prises en haut, sans obligatoirement s'inquiéter du reste.* » (MG14) ou qui recommande la galénique intranasale alors qu'elle n'est pas commercialisée « *Ils sont complètement incohérents. Comme d'habitude.* » (MG11). Quelques médecins dénoncent l'absence de contrôle sur des produits homéopathiques largement diffusés, qu'ils considèrent comme « *catastrophiques* » et défavorables à la vaccination (MG11).

Enfin, l'ensemble de ces éléments laisse un sentiment de **méfiance** concernant les réels objectifs de cette nouvelle recommandation. Certains s'interrogent sur un éventuel bénéfice commercial pour les laboratoires, estimant que « *les labos, ils vont se frotter les mains.* » (MG3) ou un bénéfice économique pour l'Assurance Maladie en limitant les passages aux urgences (MG12). Certains médecins résignés reconnaissent **ne pas se vacciner** tous les ans contre la grippe « *moi, je ne le fais pas tous les ans* » (MG7) et d'autres déclarent spontanément **qu'ils ne vaccineront pas leurs enfants** (MG7, MG8), et donc ne suivront pas la nouvelle

recommandation.

En conclusion, le médecin résigné perçoit cette recommandation comme une charge supplémentaire difficile à gérer et souligne **le besoin d'un soutien et d'une communication transparente des institutions**.

10.3. Sceptique : anticiper les obstacles

Pour le médecin sceptique, une vaccination antigrippale élargie chez tous les enfants n'aura qu'une **approbation parentale partielle**.

Son premier argument concerne la **répétition annuelle**, une contrainte trop importante devant le bénéfice de protection d'une maladie perçue comme bénigne et passagère dans sa forme pédiatrique : « *Avoir la grippe, c'est pas si pire.* » (MG4) ; « *Tu fais ta grippe, t'es malade une semaine, et puis voilà.* » (MG14).

C'est selon la gravité d'une maladie que la plupart des parents décident de vacciner ou pas leur enfant. Ainsi pour ce type de médecin, devant la représentation bénigne de la grippe, l'adhésion parentale ne sera pas au rendez-vous : « *On vaccine plus facilement quand la maladie fait peur.* » (MG9) ; « *Une méningite, ça fait plus peur qu'une grippe* » (MG9). Le rapport bénéfice/risque semble être insuffisant du point de vue des parents : « *Dire tous les ans, je pense que ça peut être un frein pour certains.* » (MG7) ; « *Quand j'ai dit que c'était tous les ans, il y a eu une réaction négative.* » (MG8).

C'est d'ailleurs une opinion partagée par le médecin sceptique, qui **doute du bénéfice individuel** pour l'enfant sans comorbidités. Devant un intérêt qu'il juge limité, il **ne comprend pas la justification de cette nouvelle recommandation** : « *Le bénéfice primaire pour la personne vaccinée, pour moi, il est limité.* » (MG3),

« *Je ne suis pas persuadé de l'utilité importante.* » (MG3).

De plus, il constate une incompréhension du caractère non obligatoire de certains vaccins auprès de certains parents. La recommandation seule est parfois vue comme inutile : « *Dès que c'est optionnel, ça devient une voie pour refuser.* » (MG12), « *Si ce n'est pas obligatoire, ils se disent que ce n'est pas indispensable.* » (MG2).

Enfin, ses réserves concernent également les arguments collectifs, qui, selon lui, ne seront pas convaincants pour les parents. Il anticipe que ces derniers privilégieront des **alternatives à la vaccination**, comme éviter les contacts avec les personnes fragiles pendant la période de contagiosité : « *Les papis-mamies, on ne peut pas les voir tout de suite, c'est bon.* » (MG16).

En conclusion, le médecin sceptique met en doute la faisabilité de cette nouvelle recommandation, en raison d'une **adhésion parentale qu'il estime faible**. Le caractère annuel et non obligatoire de la vaccination, associé à un **bénéfice individuel jugé limité** chez l'enfant sans comorbidités, contribue à son manque de conviction et à une promotion peu active de cette vaccination.

10.4. Intègre : l'éthique comme boussole

La nouvelle recommandation questionne profondément le médecin intègre sur ses **principes éthiques**. Il s'interroge sur la moralité de cette vaccination collective notamment sur la légitimité de faire porter à l'enfant la responsabilité de protéger des adultes qui refusent de se vacciner. Pour certains, cette logique n'est pas acceptable : « *Faire une injection à un enfant parce que le grand-père, il ne veut pas se faire vacciner... je trouve ça franchement litigieux.* » (MG4). L'enfant est

perçu comme une figure à protéger, à laquelle s'applique un **principe de précaution** : « *J'aurais tendance quand même à préserver au maximum mes enfants.* » (MG5).

Dans cette logique, ce type de médecin préfère d'abord **renforcer la vaccination des populations à risque** plutôt que d'élargir la vaccination aux enfants : « *Je serais plutôt d'avis de pouvoir privilégier les personnes fragiles, du moins celles qui ont été dans la cible précédente.* » (MG5). Vacciner les enfants pour compenser les refus des adultes est perçu comme injuste : « *C'est facile de faire porter la responsabilité à autrui... je trouve ça pas juste.* » (MG5).

Pour ces médecins, la protection collective ne passe pas uniquement par la vaccination : « *On ne peut pas tout couvrir par tous les vaccins de tout.* » (MG5). Ils rappellent l'importance des gestes barrières, de l'hygiène et des comportements individuels en cas de maladie. La prévention repose aussi sur la responsabilité individuelle : « *Il faut aussi responsabiliser les gens dans leur relation avec les autres pour éviter de contaminer.* » (MG5).

Ils sont toutefois conscients que l'argument de **l'immunité collective** est aujourd'hui difficile à faire entendre, notamment après l'expérience du Covid : « *l'immunité collective, je ne sais pas si c'est encore vraiment un argument porteur dans la société actuelle.* » (MG16). C'est pourquoi, ils pensent que la population comprendra mal le fait de vacciner uniquement les enfants et pas l'ensemble des adultes : « *Je pense que ça peut être mal compris qu'on ne vaccine pas non plus les parents.* » (MG11). De plus, les arguments sociétaux, comme la diminution des hospitalisations ou les bénéfices économiques, ne leur semblent pas suffisants pour justifier cette recommandation : « *si c'est juste arrêter d'engorger l'hôpital ... pour*

moi, ce n'est pas assez fort. » (MG6)

En revanche, ces médecins considèrent leur propre vaccination antigrippale comme une **responsabilité professionnelle** : « *Je me vaccine pour éviter d'être malade et pour éviter d'être un porteur sain... pour mes patients. » (MG3), « Quand tu demandes à tout le monde de se vacciner, t'as un devoir quand même d'exemplarité. » (MG11).*

Enfin, le médecin intègre rappelle que la vaccination pédiatrique repose sur un choix parental, qui peut devenir questionnable à l'adolescence : « *c'est un peu subi, un peu imposé... ce n'est pas toujours simple. » (MG11).* Il souligne aussi que la vaccination est parfois présentée comme une punition par les parents, ce qui brouille son rôle de prévention : « *quand leur enfant n'est pas sage, ils leur disent : "Je vais t'emmener chez le médecin pour une piqûre" (...) alors que l'acte se veut préventif et surtout pas punitif. » (MG12).* Il souligne que mettre en place cette recommandation signifie forcément renoncer à d'autres actions de prévention : « *plus on rajoute des actes, plus on enlève du temps à autre chose. » (MG2).*

Pour finir, le médecin intègre n'est pas opposé à la vaccination, mais refuse que les enfants soient vaccinés pour compenser la couverture insuffisante des adultes ou pour des raisons économiques. **Il défend une approche éthique** fondée sur la protection de l'enfant et la responsabilité individuelle.

DISCUSSION ET CONCLUSION

11. Principaux résultats

Cette étude a montré que les médecins généralistes ont des perceptions différentes de l'élargissement de la vaccination antigrippale chez les enfants de 2 à 17 ans : trois profils se distinguaient.

Les **médecins pragmatiques** qui cherchaient le meilleur compromis possible entre les recommandations et la réalité de l'exercice professionnel. Ils s'appuyaient sur leur expérience afin d'optimiser la couverture vaccinale, préserver la qualité de leurs actes techniques et se préparer aux défis relationnels enfant-parents-médecin.

En effet, sur le territoire français, 1 consultation sur 20 en médecine générale concerne l'acte vaccinal (7).

De leur point de vue, cet élargissement vaccinal présente des contraintes organisationnelles notables. La population pédiatrique d'un généraliste représente entre 10 à 25% d'enfants de moins de 16 ans (relevés individuels CPAM) ce qui équivaut à un nombre importants de consultations supplémentaires en période hivernale, hors pathologies aiguës et ce chaque année.

De plus, la traçabilité du suivi vaccinal via le Dossier Médical Partagé (DMP) reste un défi en soins primaires puisque l'alimentation des données dépendait majoritairement des patients et des établissements, avec seulement 11,5% des apports réalisés par les professionnels libéraux (8). La consultation du DMP restait partielle (environ 45% des généralistes en 2019) et la digitalisation était limitée pour les plus âgés (17% d'illectronisme dans la population générale, près de 67% chez les ≥ 75 ans) (9). Ces éléments renforçaient la perception d'une charge supplémentaire pour les médecins tout en restant un outil potentiellement utile pour la traçabilité vaccinale.

En 2016, la députée Sandrine Hurel, grâce à sa mission parlementaire, à permis d'initier un comité d'orientation indépendant sur la vaccination, à la demande de Marisol Touraine. Ce dernier était présidé par le Pr Alain Fisher et a étudié l'extension de la réalisation vaccinale (10).

Depuis avril 2019, la vaccination antigrippale a été élargie aux pharmaciens dans le

but d'obtenir une meilleure couverture vaccinale (11). Cette décision semblait être approuvée par la population car d'après une enquête datant de 2016, qui a interrogé presque 6000 adultes, 78% étaient favorables à la réalisation d'une vaccination en officine (12). Cependant, cela n'a pas été vérifié sur les chiffres de couverture : avant l'extension, la couverture vaccinale des 65 ans était de 51% contre 52% en 2020 (13). Cette hausse très modeste suggérait plutôt un simple transfert d'acte, comme le soulignait la Fédération des médecins de France (FMF), selon laquelle « la généralisation de la vaccination par les pharmaciens n'a pas entraîné une augmentation très significative (...) mais beaucoup plus probablement un transfert des infirmières vers les pharmaciens ».

Depuis août 2023, les infirmiers avaient été autorisés à prescrire et administrer les vaccins chez toute personne de plus de 11 ans, tout comme les pharmaciens (11). Même si l'extension de la vaccination aux pharmaciens et aux infirmiers aurait pu avoir pour objectif secondaire un désengorgement des cabinets médicaux, le nombre d'effecteurs supplémentaires n'a pas vraiment fait augmenter la couverture vaccinale. Comme les enfants de moins de 11 ans ne peuvent être vaccinés que par les médecins, ces derniers seront donc très sollicités, ce qui pose la question de l'intérêt réel de cette décision politique.

Concernant les pré-adolescents et les adolescents, ces médecins doutaient de l'adhésion vaccinale en officine. Même si le pharmacien représentait une source fiable pour les parents, car d'après le Baromètre santé de 2016, 79,5% estimant avoir confiance dans les explications délivrées par ce professionnel de santé, seulement 12,4% le sollicitaient (14).

Ces contraintes organisationnelles et relationnelles soulignaient l'importance de la confiance entre l'enfant, les parents et le professionnel vaccinateur.

Les **médecins confiants** se montraient convaincus de leur capacité à mettre en œuvre cette recommandation grâce à leurs compétences relationnelles et pédagogiques. Le généraliste représentait la principale source d'information en vaccination pour les parents car près de 81% d'entre eux l'interrogeaient (14). Le niveau de confiance des données fournies par ce dernier était également élevé, atteignant 95,3% (14). Ces chiffres montraient que, malgré la confiance dans les pharmaciens, le généraliste restait le pivot central de l'information vaccinale.

Pour ces médecins empathiques, l'instauration d'une relation de confiance avec l'enfant et ses parents était essentielle pour favoriser leur adhésion. Dans cette démarche, ces médecins attendaient l'arrivée de la galénique intranasale pour limiter la voie injectable chez les plus petits, le plus souvent jugée comme douloureuse et invasive.

Un avis de la Commission de Transparence de mars 2025 n'accordait toujours pas une amélioration du service médical rendu (ASMR) même si son avis est favorable pour un remboursement (15). Ce paradoxe représente une limite pour une prise en charge financière de la Sécurité Sociale. L'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) regrettait cette décision de repousser la commercialisation du vaccin intranasal sur notre territoire alors qu'elle aurait un franc impact positif sur l'adhésion et donc la couverture (16). L'ouverture au remboursement du vaccin intranasal en devient un élément clé qui pourrait encourager les laboratoires à élargir la commercialisation à notre pays.

De plus, le vaccin intranasal a montré une séroconversion plus élevée et une efficacité moyenne contre la grippe de 70–80% chez les enfants, comparativement à 50–60% pour les vaccins injectables inactivés (17).

Le troisième profil concernait les **médecins critiques**, exprimant des réserves sur l'efficacité ou la pertinence de cet élargissement vaccinal.

Cette vaccination pédiatrique obtenait une adhésion très faible, la couverture vaccinale des enfants à risques étant estimée à 13,4% et ce taux diminuant chaque année depuis 2022, d'après SPF (18).

Ces médecins étaient sceptiques sur l'adhésion parentale de cette vaccination longtemps considérée comme réservée aux personnes âgées. À ce propos, dans cette catégorie d'âge, la faible adhésion ne fait pas exception car selon le bulletin vaccinal publié aussi par SPF de 2024-2025, la couverture vaccinale antigrippale chez les plus de 65 ans reste limitée avec 47% chez les 65-74 ans et de 61% chez les 75 ans et plus. (18)

Pour pallier ça, un des arguments de la HAS pour justifier cet élargissement, était de limiter les sources de transmission dans les collectivités et par effet de masse, de protéger les adultes à risques.

Cet argument a beaucoup questionné certains médecins, pour qui, la vaccination pédiatrique devait garder un bénéfice principalement individuel. En effet, en 2021, la question s'était posée avec la vaccination anti COVID pédiatrique. L'avis du CCNE (Comité consultatif national d'éthique) avait conclu que l'évaluation du bénéfice individuel de l'enfant devait primer, puis être située dans une perspective plus large de bénéfice collectif (19). Des questionnements éthiques ont été soulevés à propos de la pertinence de vacciner tous les enfants plutôt que de favoriser ou d'augmenter les couvertures vaccinales des patients à risques. Cette réflexion a ouvert le débat de l'obligation vaccinale antigrippale chez les adultes à risques. La Haute Autorité de Santé (HAS) a été chargée par le ministère de la Santé en mars 2025 d'évaluer si la vaccination contre la grippe devrait être obligatoire pour certaines populations,

comme les personnes âgées vivant en collectivité et certains professionnels exposés. Cette évaluation a pour but de donner un avis scientifique et éthique sur l'intérêt de mettre en place une telle obligation pour améliorer la couverture vaccinale (20).

En effet, l'obligation vaccinale était vue comme simplificatrice par certains médecins pour qui cela permettait d'abrégé les débats sur la nécessité d'une vaccination. C'est une notion explorée par l'étude de 2019 de SPF et du CMG (Collège de Médecine Générale) où 41% des généralistes estimaient que le cadre légal simplifiait leur relation avec le patient (21). Il en a découlé le questionnement sur la prise de décision des autorités sanitaires si la vaccination antigrippale devenait un des principaux objectifs de santé publique.

Le principal retour de ces médecins concernait le bénéfice individuel de cette vaccination chez l'enfant sans comorbidités. Dans leur pratique, en soins primaires, les syndromes grippaux chez l'enfant non à risque étaient nombreux mais majoritairement bénins avec une guérison rapide. Les complications voire les hospitalisations étaient jugées comme rares dans leur carrière. Par conséquent, nombreux d'entre eux disaient manquer de données sur la grippe pédiatrique et notamment ses risques pour pouvoir comprendre et justifier cette recommandation. Pour la majorité des généralistes c'est sur l'Evidence Base Medicine (EBM) qu'ils se basaient. Ils exposaient donc le besoin d'être mieux informés avant la mise en application d'une recommandation, même s'ils pouvaient avoir confiance dans les autorités sanitaires. Cette démarche de médecine fondée sur les preuves est introduite dès le début de la formation médicale.

Suivre les recommandations et l'exemple de ses pairs pourrait rassurer le médecin sur sa prise en charge mais il sait faire preuve d'esprit critique.

Une étude de la DREES (Direction de la Recherche des Études de l'évaluation et des Statistiques) de 2009 (22) qui interrogeait les médecins généralistes, concernant le vaccin antigrippal H1N1, a exploré leurs sources d'informations, la ressource majeure était les revues médicales avec 82,7% d'entre-eux contre 73,9% via les autorités sanitaires. Les professionnels auraient donc besoin de plusieurs références pour prendre position.

Ces typologies ont mis en évidence la diversité des pratiques et des réflexions professionnelles face à une même recommandation. Ces profils n'étaient pas figés, un même médecin pouvait prendre une posture différente selon l'âge de l'enfant, le contexte familial, le type de vaccin proposé etc. A posteriori, ce type de résultats existaient dans d'autres études qualitatives sur la vaccination dans la littérature, comme pour le vaccin contre le papillomavirus, où des profils similaires ont été identifiés : efficaces, convaincus mais peu persuasifs, et réticents (23).

Concernant la nouvelle recommandation HAS, ce qu'il faut retenir c'est qu'elle repose sur une logique épidémiologique influencée par les stratégies vaccinales internationales. En effet, lors du congrès de vaccinologie de l'ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases), qui s'est tenu à Lisbonne du 10 au 13 septembre 2025, les autorités britanniques ont présenté une couverture vaccinale antigrippale pédiatrique avoisinant les 60% grâce à la vaccination scolaire et à l'utilisation du vaccin intranasal. Cette couverture vaccinale élevée a eu des effets bénéfiques conséquents sur la réduction des infections respiratoires et sur la baisse des hospitalisations et de la transmission vers les populations vulnérables (24).

Cependant, la médecine scolaire française ne semble pas capable de vacciner tous les enfants contre la grippe. Le nombre de médecins scolaires a fortement diminué

au fil des années avec moins de 900 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves en 2022 et près de 45% de postes vacants entraînant une forte hétérogénéité territoriale (25).

Ce modèle vaccinal semble donc difficilement transposable au système de soins français, la faisabilité mais surtout l'objectif de couverture vaccinale est questionné. De plus, l'expérience de la vaccination contre l'hépatite B dans les années 1990 avait montré que des controverses médiatisées pouvaient diminuer la confiance parentale envers la vaccination en milieu scolaire, expliquant la difficulté à considérer l'école comme un lieu de soins plutôt que d'apprentissage (26).

Finalement, la typologie proposée pourrait être un outil d'analyse pour comprendre les variabilités des pratiques et des réflexions sur la vaccination en soins primaires. De l'analyse typologique peut découler des interventions ciblées pour chaque catégorie de médecin. Par exemple, les médecins confiants ont besoin de supports pédagogiques pour convaincre et renforcer leur rôle éducatif. Les médecins pragmatiques nécessitent la mise en place d'une organisation collective et d'outils pour faciliter le suivi vaccinal. Enfin, les médecins critiques voudraient une meilleure visibilité de cette recommandation, des stratégies de communication et des arguments scientifiques de bénéfice individuel chez l'enfant sans comorbidités.

En levant les freins de chaque médecin, leur adhésion sera meilleure et favorisera la mise en place de cette vaccination car une recommandation vaccinale forte et assumée par le médecin constitue l'un des déterminants majeurs de l'adhésion vaccinale des patients (27).

12. Forces et limites

12.1. Forces

Les critères de variation prévus initialement ont été honorés, aucun profil énoncé avant notre recrutement n'est manquant. Le recueil d'avis de médecins ayant une activité pédiatrique plus particulière au sein de la PMI, a pu permettre d'explorer au mieux les aspects de cette vaccination infantile. Le point de vue d'un médecin ayant récemment exercé en centre de vaccination a aussi renforcé l'enrichissement de nos données. Les entretiens ont été menés pour la majorité sur des créneaux libres afin de ne pas limiter les échanges par la reprise des consultations. La durée moyenne de nos échanges, de 54 minutes, nous laisse deviner la liberté d'expression des médecins interrogés et illustre la densité du sujet vaccinal. Les chercheuses ont chacune tenu un journal de bord, enrichi au fil des entretiens menés par leur ressentis, leurs opinions et leurs interrogations. L'analyse individuelle puis croisée par les deux chercheuses a visé à contrôler un biais interprétatif afin d'améliorer la qualité des données et préserver la validité interne de cette étude.

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum des critères qualité de la grille COREQ pour également s'assurer de la validité interne de l'étude.

12.2. Limites

Un des principaux biais de cette étude était un biais de sélection. En effet les participants étaient volontaires, approuvaient la vaccination antigrippale et étaient connus des chercheuses pour la plupart. Les médecins n'ayant pas répondu à l'invitation sont potentiellement moins réceptifs à ce sujet.

Au fil des échanges lors des entretiens il a été également constaté que la plupart

des participants étaient parents, cette répartition peut avoir influencé leur avis sur une vaccination infantile. De fait, la dimension personnelle peut impacter de façon inconsciente une décision professionnelle. De plus, la plupart des participants étaient eux-mêmes vaccinés contre la grippe, soit 87,5% des interrogés. Ce biais de sélection des plus convaincus peut également avoir influencé les résultats.

Le caractère récent de cette publication HAS a également contraint notre étude par sa connaissance et donc son exceptionnelle mise en place. Le manque d'expérience des chercheuses a pu participer à un biais d'investigation, aucune n'avait réalisé ou participé à un entretien semi-dirigé auparavant, ni à une recherche qualitative.

12.3. Perspectives

Une étude quantitative auprès d'un plus grand nombre de médecins généralistes pourrait permettre d'évaluer les motivations et freins mis en lumière dans notre étude. Des études qualitatives ou quantitatives auprès des parents pourraient explorer leur opinion sur cette nouvelle recommandation vaccinale. Enfin, des études de cas-témoin sur une administration par injection ou intranasale pourraient également être proposées permettant d'établir un choix orienté des effecteurs vers la galénique souhaitée.

12.4. Conclusion

Cette étude illustre la complexité de la prise de décision en médecine générale qui fait appel à toutes les sphères du patient. A l'échelle biologique, elle permet une protection antigrippale chez l'enfant et une diminution du risque de complications. Dans le domaine psychologique, elle concerne la représentation et le vécu émotionnel d'une injection annuelle chez l'enfant pour lui-même et par ses parents. Enfin dans le champ social, la relation triangulaire du soin pédiatrique et les

bénéfices collectifs attendus sont énoncés. C'est l'intrication de plusieurs profils qui apparaît chez les médecins interrogés, avec parfois un trait prédominant. Tous ont à cœur d'adopter la meilleure prise en charge pour leurs patients, en y intégrant ces multiples paramètres.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Global influenza strategy 2019–2030. Geneva; 2019.
2. Haute Autorité de Santé. Révision de la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière : vaccination chez les enfants sans comorbidité – argumentaire. Saint-Denis: HAS; 2023.
3. Groupe d’Expertise et d’Information sur la Grippe. Grippe : données et recommandations. Paris: GEIG; 2022.
4. Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS, Glezen WP, Simonsen L, Tashiro M. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. *N Engl J Med*. 2001;344(12):889-96.
5. Meredith S, et al. Étude observationnelle auprès de 1173 patients des Alpes-Maritimes. 2018.
6. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EBioMedicine*. 2015;2(8):891-7.
7. Observatoire de la Médecine Générale. Rapport 2009. Paris: Société Française de Médecine Générale; 2009.
8. Caisse Nationale d’Assurance Maladie. Rapport d’activité 2019. Paris: CNAM; 2019.
9. Institut national de la statistique et des études économiques. Données démographiques 2019. Paris: INSEE; 2019.
10. Comité d’orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport du 30 novembre 2016. Paris; 2016.
11. Décret n°2019-357 du 23 avril 2019 relatif à la vaccination par les pharmaciens d’officine. *J Off Repub Fr*. 2019.
12. Ordre national des pharmaciens. La vaccination chez le pharmacien – Pharmagora 2016. 2016.
13. Santé publique France. Bulletin épidémiologique grippe. Bilan de la surveillance, saison 2019-2020. Saint-Maurice: SPF; 2020.
14. Santé publique France. Sources d’information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Saint-Maurice: SPF; 2016.
15. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence. Avis FLUENZ TETRA. Saint-Denis: HAS; 26 mars 2025.
16. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Communiqué de presse : épidémie de grippe. 2025.

17. Belshe RB, Edwards KM, Vesikari T, Black SV, Walker RE, Hultquist M, et al. Live attenuated versus inactivated influenza vaccine in infants and young children. *N Engl J Med.* 2007;356(7):685-96.
18. Santé publique France. Bulletin vaccinal 2024-2025. Saint-Maurice: SPF; 28 avril 2025.
19. Comité consultatif national d'éthique. Vaccination pédiatrique contre la COVID-19. Avis. Paris: CCNE; 2021.
20. Haute Autorité de Santé. Grippe saisonnière : évaluation de la pertinence d'une obligation vaccinale – Note de cadrage. Saint-Denis: HAS; 22 octobre 2025.
21. Santé publique France, Collège de la Médecine Générale. Les médecins généralistes unanimes pour la vaccination : enquête nationale 2019. Saint-Maurice: SPF; 2019.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Panel de médecins généralistes : grippe A(H1N1). Paris: DREES; 2009.
23. Peretti-Watel P, et al. Barriers and facilitators to the HPV vaccine: a multicenter qualitative study of French general practitioners. *Hum Vaccin Immunother.* 2023.
24. Infovac-France. Bulletin n°9. Septembre 2025.
25. Sénat. Rapport législatif n° L23-414. Paris: Sénat; 2023.
26. Vaccination Info Service.fr, Histoire d'une polémique : vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques
27. Gilkey MB, McRee AL, Magnus BE, Reiter PL, Dempsey AF, Brewer NT. Physician communication about vaccination: strong recommendations are associated with higher uptake. *Vaccine.* 2016;34(13):1517-23.

LISTE DES FIGURES

Figure I..... 21

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I 20

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	12
PLAN	13
RESUME	15
INTRODUCTION	16
MÉTHODES	18
1. TYPE D'ÉTUDE ET DE POPULATION	18
2. RECRUTEMENT	18
3. RECUEIL DES DONNEES	19
4. ANALYSE DES DONNEES	20
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	20
RÉSULTATS	21
6. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS ET DES PARTICIPANTS	21
6.1. <i>L'échantillon</i>	21
6.2. <i>Les entretiens</i>	21
7. SCHEMA EXPLICATIF	23
8. LE MEDECIN PRAGMATIQUE	24
8.1. <i>Acteur du système de soins : coordonner les soins</i>	24
8.2. <i>Organisé : rendre la recommandation faisable</i>	26
8.3. <i>Empirique : apprendre par l'expérience du terrain</i>	29
8.4. <i>Technicien : maîtriser le savoir-faire vaccinal</i>	31
8.5. <i>Diplomate : l'art du compromis</i>	33
9. LE MEDECIN CONFIAANT	35
9.1. <i>Adaptatif : un médecin caméléon</i>	35
9.2. <i>Convaincu : protéger l'enfant</i>	37
9.3. <i>Pédagogue : expliquer pour convaincre</i>	39
9.4. <i>Empathique : au cœur du métier</i>	42
10. LE MEDECIN CRITIQUE	44
10.1. <i>Analytique : le jugement fondé sur les preuves</i>	44
10.2. <i>Résigné : face aux limites du système</i>	46
10.3. <i>Sceptique : anticiper les obstacles</i>	49
10.4. <i>Intègre : l'éthique comme boussole</i>	50
DISCUSSION ET CONCLUSION	52
11. PRINCIPAUX RESULTATS	52
12. FORCES ET LIMITES	60
12.1. <i>Forces</i>	60
12.2. <i>Limites</i>	60
12.3. <i>Perspectives</i>	61
12.4. <i>Conclusion</i>	61
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES FIGURES	65
LISTE DES TABLEAUX	66
TABLE DES MATIERES	67
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Deuxième version du guide d'entretien

Guide d'entretien de thèse :

Que pensent les médecins généralistes de la vaccination antigrippale élargie chez tous les enfants de 2 à 17 ans ?

Introduction :

Je réalise, avec une co-interne, une thèse sur les vaccinations infantiles et nous aimerions discuter avec vous à ce sujet. Pour cela, j'ai besoin d'enregistrer notre échange afin de pouvoir le retranscrire en entier. Au préalable j'aurais besoin de récupérer quelques informations administratives vous concernant. Toutes les données seront désidentifiées et anonymisées et nous pourrions vous fournir une copie de l'entretien une fois transcrit, si vous le souhaitez. Vous pourrez également demander à tout moment d'arrêter l'entretien ou revenir sur vos propos après sa fin. Après avoir pris connaissance de ces éléments, êtes-vous d'accord pour commencer cet entretien ?

Brise-glace :

1. Que pensez-vous de la vaccination et de sa place dans la pratique médicale ?
2. Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez vacciné un enfant de plus de 2 ans ?
ou Comment vivez-vous l'expérience de vacciner un enfant ?
ou Quels sont vos sentiments et vos réflexions quand vous devez vacciner un enfant ?
3. Que pensez-vous de la vaccination antigrippale chez l'adulte ? chez l'enfant ?
4. Êtes-vous vacciné contre la grippe ? Pourquoi ?

Depuis l'hiver 2023-2024, la HAS a recommandé de vacciner tous les enfants, sans comorbidités, de 2 à 17 ans.

5. Que pensez-vous de cette décision ?

QUESTION DE RELANCE : Pensez-vous qu'il est réalisable d'élargir la vaccination antigrippale chez tous les enfants ?

Faisabilité :

6. Comment pourriez-vous vous y prendre ?

QUESTION DE RELANCE : Quels sont les principaux obstacles que vous percevez à la mise en œuvre de cette recommandation dans votre pratique quotidienne ?

7. Que pensez-vous de l'élargissement de la vaccination à d'autres professionnels de santé ?

Sécurité :

8. Sur quels critères seriez-vous freiné à la réalisation du vaccin ?

QUESTION DE RELANCE : Que feriez-vous si vous aviez une autre voie d'administration ?

9. Pensez-vous que cette recommandation, si elle est mise en place, pourrait impacter la relation que vous entretenez avec vos patients enfants ?

Motivations et freins :

10. Si on émet l'hypothèse que des parents viennent vous consulter car ils ont entendu cette nouvelle recommandation (par bouche à oreille ou publicité), et vous questionne sur la pertinence de réaliser cette vaccination pour leurs enfants, que leur répondez-vous ?

QUESTION DE RELANCE : Comment pourriez-vous motiver des parents à réaliser une vaccination antigrippale chez leur enfant de façon annuelle ?

Souhaitez-vous aborder un autre aspect concernant cette vaccination ?

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Pouvez-vous me donner votre ressenti sur cet entretien

Annexe 2 : Lettre d'information envoyée aux médecins généralistes

Chèr(e)s confrères/consoeurs,

Nous sommes deux internes en médecine générale, actuellement en neuvième année.

Nous avons choisi d'aborder le sujet de la vaccination pour notre thèse. En effet, le calendrier vaccinal est un sujet souvent réactualisé et une notion quotidienne en consultation.

Nous souhaitons vous rencontrer afin d'effectuer un entretien pour échanger à ce sujet.

Ce dernier devra être enregistré pour nous permettre d'analyser les données. Celles-ci seront anonymisées, ni votre nom ni autre caractère distinctif ne sera utilisé au décours afin de préserver votre identité.

La confidentialité des entretiens sera respectée, nous serons les seules à avoir accès aux enregistrements.

Nous estimons un délai de 45 minutes à 1h pour la réalisation de cette entrevue.

Dans l'intervalle, si vous avez des questions, nous sommes disponibles pour tout échange préalable.

Nous savons combien votre temps est précieux et limité, pour autant votre participation est essentielle afin de mener à bien notre projet.

Nous nous engageons à nous déplacer sur le lieu de votre cabinet afin de réduire vos contraintes.

Nous nous permettrons de vous recontacter après réception de cette lettre afin de recueillir votre réponse.

Si votre réponse est positive, un formulaire de consentement vous sera communiqué.

Merci d'avance pour votre attention.
Cordialement

Charlotte et Lucie

Que pensent les médecins généralistes de la vaccination antigrippale élargie de 2 à 17 ans ?

RÉSUMÉ

Introduction : La grippe est responsable d'épidémie annuelle en France. A l'échelle économique cela représente plusieurs centaines de millions d'euros. Ce virus contamine entre 2 et 6 millions d'individus et est responsable en moyenne de 9000 décès par hiver. La Haute Autorité de Santé recommande depuis l'hiver 2023-2024 de vacciner, chaque hiver, les enfants de 2 à 17 ans, dans le but de diminuer la transmission puisque le réservoir viral est pédiatrique. L'avis des médecins généralistes sur cette vaccination ciblée est intéressant à explorer.

Sujets et Méthodes : Étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes du Maine-et-Loire, de Mayenne et Loire-Atlantique. Analyse des données inspirée de la théorisation ancrée et triangulation des données par les deux chercheuses.

Résultats : 16 entretiens de février à mai 2025 ont permis de définir trois profils de médecins. Le premier révélait des médecins confiants dans la réalisation de cette recommandation grâce à leur adaptabilité, leur conviction vaccinale, leur pédagogie et leur empathie. Le deuxième, au profil pragmatique avait besoin d'expérimenter pour organiser les soins et conserver l'habileté technique. Enfin le dernier était plus critique et avait besoin d'analyser finement cette recommandation pour préserver son intégrité. Ils se disaient sceptiques quant à l'adhésion parentale voire résignés après avoir vécu les dernières mises à jour du calendrier vaccinal.

Conclusion : La décision médicale s'appuie sur le savoir théorique, les recommandations professionnelles et l'expérience clinique. Ils font le choix d'une décision adaptée à chaque patient, s'inspirant du modèle biopsychosocial.

Mots-clés : grippe, vaccination, enfants, médecins généralistes

What are general practitioners' thoughts about the expanded influenza vaccination program for children between 2 to 17 years ?

ABSTRACT

Introduction: Influenza is responsible for annual outbreaks in France. On an economic scale that represents several hundred million of euros. This virus contaminates between 2 and 6 million individuals and causes nearly 9000 deaths each winter. Since the winter of 2023-2024, as the virus's reservoir is pediatric, the Haute Autorité de Santé has been recommending the vaccination of children between the ages of 2 and 17 every winter, trying to decrease virus' transmission. It is worth exploring General Practitioners' view on the matter.

Subjects and Methods: A qualitative study based on semi-directive interviews with General Practitioners from the regions of Maine-et-Loire, Mayenne and Loire-Atlantique in France. Data analysis inspired by the grounded theory approach and the triangulation of data by the 2 researchers.

Results: 16 interviews were held between February and May 2025, 3 profiles clearly appeared. The first was made up of doctors capable of going through this recommendation based on their adaptability, their trust in vaccination, their educational background and their empathy. The second with a pragmatic profile, feeling the need to try it to organize care and maintain the technical aspect. The last, was more critical and needed to analyze deeply the recommendation to preserve their integrity. After the last updates to the vaccinal calendar, some said they were skeptical or had even lost faith in the idea of parental adherence.

Conclusion: The medical decision is based on theoretical knowledge, the professional recommendations and the clinical experience. They adapt their decision to each patient, following biopsychosocial model.

Keywords: influenza, vaccination, children, general practitioners