



*Université Lille 2  
Droit et Santé*

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES  
EN MATIERE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE  
DES MEDECINS GENERALISTES DU DOUAISIS**

Présentée et soutenue publiquement le 15/09/2014 à 18h00  
Au Pôle Formation  
**Par Raji Hachem**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur MARTINOT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur GUERY**

**Monsieur le Professeur RAOUL**

**Monsieur le Docteur MOERMAN**

**Monsieur le Docteur LEMAIRE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur DELANNOY Jean-Luc.**

## **RESUME**

En France, on assiste depuis 2008 à une flambée des cas de rougeole, atteignant surtout des adultes jeunes non ou insuffisamment vaccinés. Cette recrudescence est liée à la non application des recommandations vaccinales depuis 30 ans.

L'éradication de la maladie passe par l'obtention d'un taux de couverture vaccinale à 95%.

Dans ce contexte, le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale de 2005 s'est fixé comme objectif l'obtention d'une couverture vaccinale à 95% pour la première dose et 80% pour la deuxième dose, ce dernier a été renforcé en 2011 avec la nécessité de réaliser systématiquement une double dose chez les personnes nées après 1980.

### **OBJECTIF DE L'ETUDE**

Evaluer l'adéquation des pratiques des médecins généralistes en matière de vaccination contre la rougeole aux recommandations de l' HSCP et d'essayer de comprendre les facteurs responsables d'une couverture vaccinale sub-optimale à travers l'expérience des médecins généralistes.

### **METHODE**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et indépendante, réalisée auprès de médecins généralistes du Douaisis, tirés au sort parmi une liste exhaustive de 158 médecins.

Les médecins sollicités étaient priés de répondre à un questionnaire comportant 17 questions fermées.

L'objectif étant d'évaluer leurs connaissances et pratiques en matière de vaccination contre la rougeole.

### **RESULTATS**

Nous avons inclus 60 médecins dans notre étude.

Le taux de participation a été de 43%.

Les cessions de la FMC semblent bien suivies, avec un taux de participation de 85% durant l'année écoulée.

95% des médecins ont une opinion favorable vis-à-vis du ROR.

Seulement 23% des médecins vérifient systématiquement le statut vaccinal de leurs patients nés après 1980.

8% des médecins avouent ne pas connaître les recommandations vaccinales de mai 2011.

92% des médecins prétendent connaître les nouvelles recommandations de mai 2011, pourtant seulement 27% d'entre eux réalisent systématiquement 2 doses de vaccin à leurs patients nés après 1980.

Enfin 27% des médecins estiment avoir reçu une information insuffisante de la part des autorités compétentes.

Notre enquête révèle ainsi des manquements quand à l'application des nouvelles recommandations vaccinales de mai 2011 qui rentrent dans le cadre du renforcement du plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale de 2005.

## **LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS LE MANUSCRIT:**

**ALD : Affection Longue Durée.**

**FMC : Formation Médicale Continue.**

**HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique.**

**INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.**

**INVS : Institut National de Veille Sanitaire.**

**MMR : Measles-Mumps-Rubella.**

**Nb : Nombre.**

**OMS : Organisation Mondiale de la Santé.**

**PEC : Prise En Charge.**

**QCM : Question à Choix Multiples.**

**ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole.**



# I. INTRODUCTION

La Rougeole est une maladie virale très contagieuse, souvent considérée comme bénigne, or elle peut être grave voire mortelle et représente un coût non négligeable en matière de dépenses de santé.

L'homme étant le seul réservoir du virus de la rougeole, l'existence d'un vaccin efficace et sûr rend cette maladie potentiellement éradicable.

C'est ainsi que grâce à des politiques de vaccinations rigoureuses entreprises dans certains pays que la maladie a pu être éliminée. C'est le cas aux Etats-Unis qui ont réussi à interrompre la transmission du virus dans le nord, mais aussi en Finlande qui n'a plus enregistré de cas autochtone depuis 1996. (1).

A la demande de l'OMS, la France s'est engagée en 2005 dans un plan visant à éliminer la rougeole et la rubéole congénitale à l'horizon 2010. Ce plan a pour objectif l'obtention d'une couverture vaccinale de 95%.

Or depuis 2008, on assiste en France à une recrudescence des cas de rougeole, avec un pic épidémique atteint en 2011, ce qui suggère une couverture vaccinale insuffisante de la population.

Durant mon internat j'ai été confronté à plusieurs cas de rougeole, notamment lors de mes passages dans les services d'infectiologie du CHR de Lille en 2010, ainsi qu'en pédiatrie, c'est ce qui m'a donné l'envie d'étudier le sujet et d'essayer de comprendre les raisons de l'échec du plan d'élimination de la rougeole.

Le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans la lutte contre cette épidémie à travers la vaccination systématique de ces patients conformément aux recommandations, mais également en appliquant les mesures nécessaires afin de limiter la propagation de la maladie autour d'un cas.

Mon travail va essayer de comprendre les limites de la politique vaccinale entreprise à travers l'analyse des connaissances et pratiques des médecins généralistes du Douaisis et d'évaluer ainsi l'adéquation de leurs pratiques en matière de vaccination contre la rougeole aux recommandations de l'HSCP.

# I. ETAT DES LIEUX

## a. Rappels sur la Rougeole (présentation clinique, complications et méthodes de confirmation biologique)

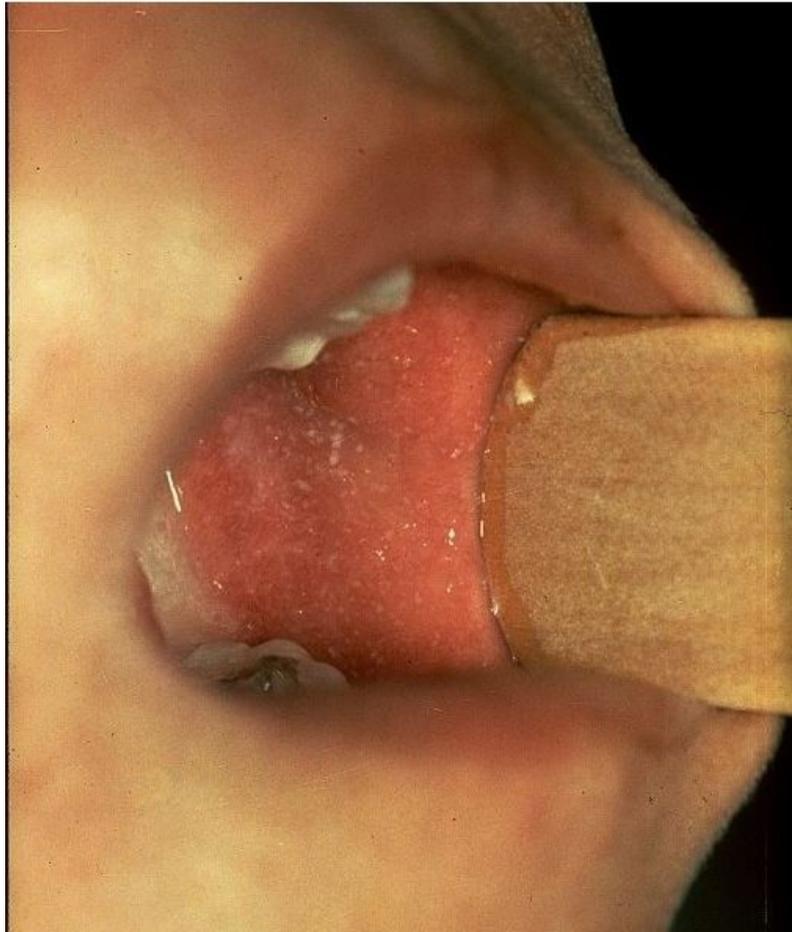
La rougeole est une maladie virale, très contagieuse (gouttelettes de Pflügge) due à un paramyxovirus : le Morbilivirus.

La transmission est interhumaine et se fait par voie aérienne soit par contact direct avec les sécrétions respiratoires d'un malade soit de manière indirecte par le biais d'un objet souillé.

Le virus infecte l'épithélium respiratoire, puis apparaît une virémie médiée par les leucocytes, principalement les monocytes entraînant une atteinte des cellules endothéliales et épithéliales de tout l'arbre bronchique favorisant ainsi la survenue de surinfections bactériennes

Après le contagion, la phase d'incubation dure 10 à 12 jours suivie d'une phase invasive qui dure 2 à 4 jours et enfin l'éruption maculo-papuleuse qui dure 5 à 6 jours.

La phase d'invasion se caractérise par l'apparition d'une fièvre à 38,5° augmentant progressivement jusqu'à 40° juste avant l'éruption. S'y associe un catarrhe oculorespiratoire (toux, rhinite, larmoiement, conjonctivite). Le signe de Koplik (figure 1) inconstant mais pathognomonique apparaît à la 36<sup>ème</sup> heure et persiste jusqu'à l'éruption. Il constitue l'énanthème qui peut être présent avant l'éruption cutanée et durant la contagiosité maximale de la rougeole.



*Figure 1 : vue endobuccale au niveau de la face interne des joues : signe de Koplik  
(modifié de <http://www.e-vaccination.fr/rougeole/clinique>)*

La phase éruptive apparaît (7 à 18 j) après le contage (soit en moyenne au 14<sup>ème</sup> jour) elle est caractérisée par l'apparition de lésions maculo-papuleuses avec extension descendante en partant de la tête vers le tronc puis les extrémités. Cette phase dure de 5 à 6 jours et s'accompagne d'une décroissance progressive de l'hyperthermie en 3 à 4 jours.



*Figure 2°: Rougeole, phase éruptive.*

En France, l'incidence de la rougeole étant devenue faible ces vingt dernières années, la valeur prédictive positive des diagnostics posés par les médecins sur les données cliniques l'est devenue aussi. D'où la nécessité d'un recours systématique depuis 2005 à une confirmation biologique des cas suspects afin d'éliminer les faux positifs et ne pas méconnaître des foyers endémiques.

La méthode de référence reste la sérologie sur prélèvement sanguin, la présence d'IgM dans le sang à partir du 3<sup>ème</sup> jour après l'éruption confirme le diagnostic.

Par ailleurs à l'hôpital, on aura recours à des prélèvements pour isolement et génotypage du virus afin de déterminer son origine géographique.

En ville, il est possible d'avoir recours à des techniques alternatives notamment la détection d'IgM ou PCR sur prélèvements salivaires. Ces kits de prélèvements salivaires doivent être demandés à la DDASS. Les prélèvements doivent être envoyés au centre national de référence pour la rougeole. Les kits salivaires contiennent un écouvillon, une boîte, une enveloppe affranchie avec l'adresse du CNR marquée dessus ainsi qu'une fiche de renseignement à compléter. Le tout doit être expédié au CNR par voie postale. [2, 3].

A noter que la sérologie salivaire est moins sensible que la recherche de l'ARN viral (Anticorps IgM détectés dans 79,5% sur 137 échantillons de salive contre 93,4% par détection de l'ARN viral) (4).

La rougeole se complique dans environ 30% des cas. Ces complications touchent surtout les nourrissons de moins d'un an et les adultes. Les complications les plus fréquentes sont la diarrhée et l'otite moyenne aiguë qui sont bénignes. Les pneumopathies virales et bactériennes potentiellement plus dangereuses surviennent dans (1 à 7% des cas), avec une variante chez l'immunodéprimé : la pneumonie interstitielle à cellules géantes dont l'évolution est fatale.

Les complications les plus graves sont d'ordre neurologique : notamment l'encéphalite aiguë (0,2 à 0,3 % des cas) survient 1 semaine après la phase éruptive, laissant 20% de séquelles neurologiques, avec une mortalité de l'ordre de 10 à 30%.

La panencéphalite sclérosante est une complication rare, survenant en moyenne 7 ans après le contagion et se caractérise par l'apparition d'une démence dont l'évolution est mortelle.

Ainsi la fréquence des décès est de l'ordre de 0,2 % (par pneumonie chez l'enfant et encéphalite chez l'adulte). [2; 3; 5]

## **b. Epidémiologie de la Rougeole**

### **a.i. Dans le monde.**

La rougeole est une maladie virale très contagieuse, qui reste à ce jour l'une des causes majeures de décès chez l'enfant.

En 1980, on estimait à 2,6 millions de décès par an imputables à la rougeole. Puis grâce à la vaccination ce chiffre n'a cessé de reculer passant d'environ 562 000 décès en 2000 à 122 000 cas en 2012 soit une diminution de 78% de la mortalité en douze ans.

Cette baisse spectaculaire revient aux campagnes de vaccination de masse à travers le monde et notamment dans les zones à haut risque, ainsi plus d'un milliard d'enfants ont été vaccinés pendant cette période. (6)

#### **a.ii. En France.**

Depuis la recommandation de la vaccination par le ROR de tous les nourrissons en 1983, on a assisté à une diminution spectaculaire du nombre de cas de rougeole en vingt ans, avec une incidence estimée en 2004 entre 1060 et 7836 cas (incidence extrapolée à partir de 8 cas). (2)

L'incidence de la rougeole devenant faible, celle-ci est redevenue maladie à déclaration obligatoire depuis 2005.

Ainsi après avoir dénombré une quarantaine de cas en 2006 et en 2007, on assiste à une recrudescence de la rougeole, qui se caractérise par une flambée de foyers épidémiques.

En 2008, 600 cas avaient été notifiés, il s'agit d'un chiffre qui est probablement très sous-estimé (on parle de quelques milliers de cas en réalité).

La 2<sup>ème</sup> vague épidémique s'est produite en 2010, avec 5075 cas notifiés dont 8 ont présentés des complications neurologiques, 287 une pneumopathie grave et 2 décédés.

En 2011, on assiste à une vague de plus grande ampleur avec un pic atteint au mois de mars. Pour les huit premiers mois de l'année 14600 cas ont été notifiés dont 16 ont présentés des complications neurologiques, 646 une pneumopathie et on a dénombré 6 décès. [3;7;8].

EVOLUTION DES NOMBRES DE CAS DECLARES ENTRE JANVIER 2008 ET MAI 2012. (Données de l'Invs)

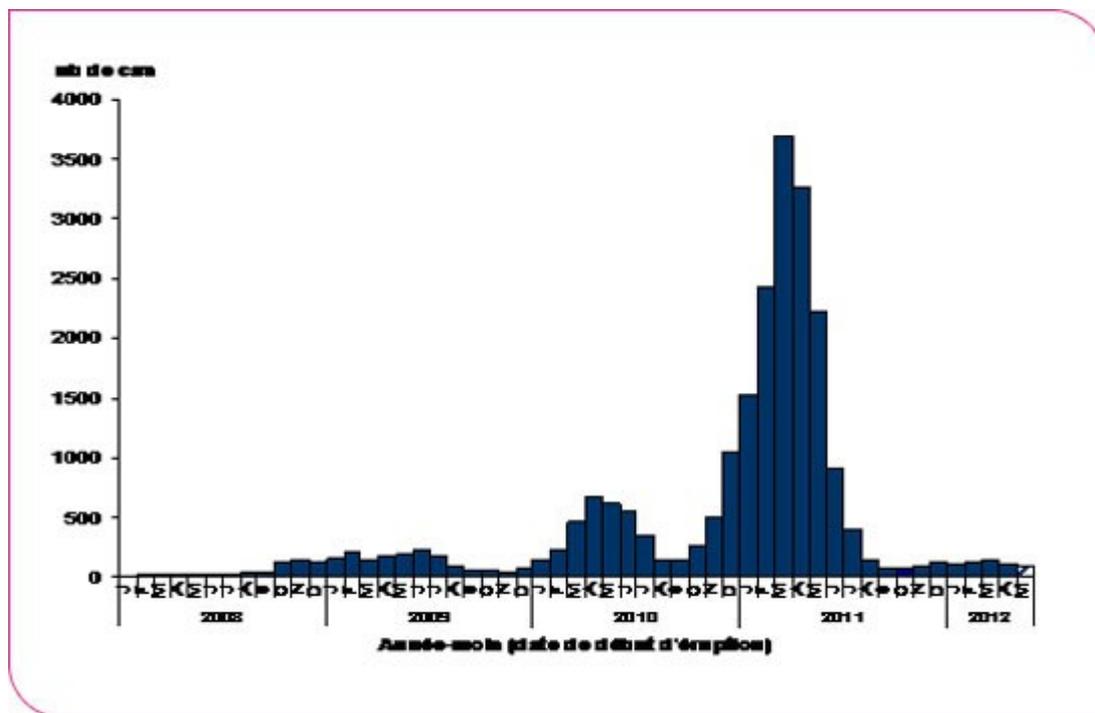


Figure 3 : Evolution des nombres de cas de Rougeole déclarés

La distribution géographique des cas déclarés entre le 1<sup>er</sup> septembre 2010 et le 31 Août 2011, révèle une grande disparité entre les régions avec une incidence marquée dans les régions du sud-est.

On peut ainsi noter des foyers épidémiques importants en Midi-Pyrénées en 2010 et en Rhône-Alpes en mars 2011, 82% des malades n'avaient jamais été vaccinés et 13% n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin (9).

Par ailleurs on note une augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie, avec un âge médian de 13 ans et 6% des cas âgés de plus de 30 ans. (3,35)

Ces données sont d'autant plus inquiétantes qu'on sait que la fréquence et la gravité des complications augmente avec l'âge.

### **a.iii. Dans le Nord Pas-de-Calais.**

La recrudescence des cas de rougeole était bien marquée dans notre région. En 2009, 34 cas ont été déclarés (dont 4 dans le département du Nord). En 2010, 216 cas ont été déclarés (dont 203 dans le seul département du Nord). En 2011, 193 cas déclarés pendant les quatre premiers mois de l'année.

Dans le département du Nord, l'épidémie de rougeole a initialement touché les communautés roms et des gens du voyage qui représentaient 39% des cas déclarés en 2010, puis cette tendance s'est inversée avec une atteinte des autres communautés en l'occurrence les jeunes enfants, les adolescents et les adultes jeunes, non ou incomplètement vaccinés.(10).

### **b. Le vaccin anti-rougeoleux.**

Quelques dates marquantes dans l'histoire de la vaccination anti rougeoleuse :

- 1800 : Invention de la vaccine par Edward Jenner (contre la variole)
- 1882 : Louis Pasteur attribut le nom de vaccin à tout virus atténué ou tué à des fins prophylactiques.
- 1954 : Le virus de la rougeole a été isolé et mis en culture sur des tissus d'embryons de poulets par David Edmonston aux Etats-Unis.
- 1966 : Le vaccin contre la rougeole obtient l'AMM.
- 1970 : C'est le vaccin contre la rubéole qui est mis sur le marché.
- 1983 : Recommandation des vaccins contre la rougeole et la rubéole pour tous les nourrissons.
- 1986 : Arrivée du vaccin triple (ROR)
- 1996 : Introduction du rappel par le ROR à 11-13 ans.
- 1997 : Age du rappel abaissé à 3-6 ans.
- 1999 : Prise en charge à 100% du ROR jusqu'à l'âge de 13 ans. (2)
- 2005 : Lancement du plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France, avec comme objectif l'éradication de la maladie à l'horizon 2010.

Le vaccin anti-rougeoleux est un vaccin à virus vivant atténué, celui-ci existe sous forme simple le ROUVAX® mais surtout sous sa forme combinée aux vaccins contre la rubéole et les oreillons (le MMR vax Pro® et le Priorix®). (11)

Ces vaccins donnent lieu à une réponse immunitaire ou séroconversion qui n'est obtenue que dans 90 à 95% des cas après administration d'une dose de vaccin, d'où l'intérêt de recourir à une deuxième injection afin d'améliorer le taux de couverture vaccinale.

Le vaccin trivalent reste dans l'ensemble bien toléré.

Il existe des réactions post-vaccinales bénignes, modérées et transitoires survenant entre J5 et J12. Il s'agit de fièvre, rash cutanée, réaction locale au niveau du site d'injection.

Les convulsions fébriles sont possibles dans 0,02 % des cas, ainsi qu'une thrombopénie avec une fréquence inférieure à 0,003 % des cas.

En ce qui concerne les réactions anaphylactiques, celles-ci représentent moins d'un cas sur un million [12,13].

Par ailleurs des cas d'encéphalites aiguës post-infectieuses ont été rapportés après vaccination par le ROR. L'imputabilité du vaccin est admise mais non démontrée dans la survenue de cette complication dont la fréquence est de un cas sur un million, soit un risque 1000 fois moindre qu'après une contamination naturelle par le virus de la rougeole.

Comme tous les vaccins vivants, il est contre-indiqué en cas d'immunodépression sévère et de grossesse. Le rattrapage vaccinal des femmes en âge de procréer devra se faire sous couvert d'une contraception efficace durant deux mois après chaque dose.

Un intervalle d'un mois au minimum entre les deux doses doit être respecté.

Néanmoins en cas de vaccination au cours de la grossesse, aucun élément inquiétant n'a été rapporté à ce jour dans les données publiées (14).

Chez les patients nécessitant un traitement immunosuppresseur, l'administration d'un vaccin vivant doit se faire deux à quatre semaines avant le début ou au moins trois mois après l'arrêt de celui-ci (15).

En hématologie les patients séronégatifs ayant subits une greffe de moelle osseuse depuis plus de deux ans peuvent êtres vaccinés ou revaccinés en l'absence de traitement immunosuppresseur ou de réaction du greffon contre l'hôte. (16).

Le vaccin anti-rougeoleux a subit une controverse en 1998 lorsqu' une équipe de chercheurs du Royaume-Uni ont émis l'hypothèse d'une relation causale entre l'administration du ROR et le développement de troubles autistiques. Depuis aucune étude n'a montré de lien de causalité entre cette vaccination et l'autisme [17,18].

La vaccination représente un pilier de la médecine préventive. L'efficacité du ROR n'est plus à démontrée, notamment en terme de protection individuelle et collective.

### **c. Le plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France.**

La branche européenne de l'OMS, s'est engagée en 1998 dans une politique d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale à l'horizon 2010, ce qui implique une harmonisation des politiques vaccinales de la part des pays membres. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail s'est constitué en France en 2005, afin d'élaborer un plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale.

Ce plan comporte 16 mesures réparties en 5 domaines d'action :

#### **I. Stratégie vaccinale :**

1. ROR : première dose à 12 mois.
2. Si entrée en collectivité, c'est le ROR qui est recommandé à 9mois.
3. Deuxième dose du ROR au cours de la deuxième année.

4. Une dose de vaccin trivalent pour les personnes nées entre 1980 et 1991.
5. Deux doses pour ceux qui sont nés après 1992.
6. Amélioration de la vaccination des femmes réceptives à la rubéole en post-partum, permettant la vaccination par les sages-femmes.
7. Des recommandations particulières pour des groupes à risque : professionnels de santé, voyageurs, nourrissons entrant en collectivité, personnes dans l'entourage d'un cas de rougeole.

II. Amélioration de la surveillance de la rougeole dans une perspective d'élimination :

8. Déclaration obligatoire
9. Incitation à la confirmation biologique systématique.
10. Mise en place de techniques alternatives à la sérologie pour faciliter la confirmation des cas.

11. Mise en place d'un réseau de laboratoires impliqués dans le diagnostic de la rougeole.

III. Evolution de la mesure de la couverture vaccinale

12. Améliorer la remontée des informations concernant les certificats des 24<sup>ème</sup> mois en y ajoutant les données concernant la 2<sup>ème</sup> dose. Effectuer une nouvelle enquête séro-épidémiologique.

IV. Conduite à tenir autour d'un cas de rougeole et recommandations devant des cas groupés:

13. Révision de la conduite à tenir autour d'un cas :

- Mise à jour du calendrier vaccinal des sujets contacts, avec rattrapage vaccinal réalisé dans les 72h suivant le contact avec le malade.
- Pour les sujets âgés de 6 à 8 mois : vaccin monovalent
- Pour les sujets de 9 à 11 mois : vaccin trivalent.

#### 14. Révision des recommandations devant des cas groupés.

- Mise à jour du calendrier vaccinal des sujets contacts avec rattrapage vaccinal pour atteindre 1 ou 2 doses en fonction de l'âge.
- La vaccination post-exposition des sujets contacts dans les 72h suivant le contact présumé :

Pour ceux nés entre 1980 et 1991 : l'intérêt d'une 2<sup>ème</sup> dose est fonction du stade et de la durée de l'épidémie, dans ce cas il faut respecter l'intervalle d'un mois entre les deux doses.

Pour ceux nés entre 1965 et 1979 et non immunisés : une seule dose suffit.

#### V. Stratégie de promotion de la vaccination :

15. Mobiliser les acteurs autour du plan, notamment par des déplacements d'experts dans les régions.

16. Intégrer la promotion du ROR dans un programme de communication conduit par l'assurance maladie et l'INPES. (2)

Devant les limites de ce plan, et l'apparition d'une épidémie de grande ampleur, ces mesures ont été renforcées en août 2011, il est ainsi recommandé un rattrapage pour totaliser 2 doses de ROR chez les patients nés après 1980 quelque soit leurs antécédents vis-à-vis des trois maladies. (19)

## **II. METHODE ET ANALYSE**

### **a. Objet de l'étude :**

Devant cette recrudescence des cas de rougeole, nous avons mené en collaboration avec la cellule de l'institut de veille sanitaire en région, une étude d'analyse des connaissances et des pratiques en matière de vaccination contre la rougeole auprès des médecins généralistes du Douaisis.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'adéquation des pratiques des médecins du Douaisis en matière de vaccination contre la rougeole aux recommandations de l'HSCP.

L'objectif secondaire est d'essayer de comprendre les facteurs responsables d'une couverture vaccinale sub-optimale et ce à travers l'expérience des médecins généralistes dans ce domaine afin d'améliorer à terme les recommandations.

### **b. Caractéristiques générales de l'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive prospective réalisée dans la Région du Douaisis auprès de médecins généralistes.

L'enquête a été menée du (04/01/2012) au (31/03/2012).

### **c. Critères d'inclusion :**

Etaient inclus tout médecin généraliste figurant sur la liste des 158 médecins en activité dans la région du Douaisis et tiré au sort dans les 60 premiers.

### **d. Critères d'exclusion :**

Etaient exclus tout médecin généraliste figurant sur la liste des 158 médecins en activité dans la région du Douaisis et n'étant pas tiré au sort dans les 60 premiers.

#### **e. Sélection des médecins :**

La liste des médecins généraliste en activité a été établie par une recherche sur les pages jaunes.

Une liste exhaustive de 158 médecins a été déterminée.

Cette liste a ensuite été soumise à un tirage au sort, les 60 premiers médecins sélectionnés ont été sollicités pour participer à notre étude.

#### **f. Critères de jugement**

Adéquation avec les recommandations de l'HCSP du 11 février 2011(2).

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que toutes les personnes nées depuis 1980 aient reçu au total deux doses de vaccin trivalent afin d'être correctement protégées contre la rougeole.

Ces personnes devraient avoir reçu au total deux doses de vaccin trivalent. Dans le cas contraire :

- 1ère et 2ème dose de vaccin trivalent pour celles n'ayant reçu aucune dose auparavant.
- 2ème dose de vaccin trivalent pour celles n'ayant reçu qu'une 1ère dose auparavant.

Le Haut Conseil de la santé publique recommande une dose de vaccin trivalent pour les personnes nés avant 1980 non vaccinés et sans antécédent de rougeole (ou dont l'histoire est douteuse) ainsi que celles exerçant les professions :

- de santé : en formation, à l'embauche ou en poste en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave ;
- en charge de la petite enfance.

Pour l'ensemble de ces personnes, si les antécédents de vaccination ou de rougeole sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans contrôle sérologique préalable systématique.

#### **g. Déroulement de l'enquête et recueil des données**

Les médecins sélectionnés ont tout d'abord été joints par téléphone afin de solliciter leurs accords pour participer à l'étude ensuite un questionnaire ainsi qu'une lettre explicative (**Annexe 2**) leur a été déposée au cabinet ainsi qu'une enveloppe de réponse pré timbrée. Le recueil des données s'est fait ensuite auprès de chacun des médecins ayant accepté de participer sur une fiche standardisée comportant uniquement des questions à réponses fermées (17 questions au total).(Annexe 1). L'anonymat était préservé.

La saisie des données anonymes était centralisée, effectuée sur le logiciel Excel 2000.

#### **h. Les paramètres évalués (Annexe 1) :**

Données démographiques des médecins :

- Civilité (Age et sexe)
- Activité (mode d'exercice, secteur d'exercice, nombre d'actes par jour, nombre de jours d'activité par semaine et participation à une séance de FMC durant la dernière année).

Données sur les pratiques des médecins concernant la vaccination par le ROR :

Ressentit des médecins concernant les recommandations vaccinales par le ROR

- Acceptabilité du ROR par les patients.
- Vérification du statut vaccinal des patients (fréquence et méthodes employées).

Données sur les connaissances :

- Evaluation de leurs connaissances à travers deux situations cliniques.
- Auto-évaluation en rapport avec la connaissance des nouvelles recommandations vaccinales.
- Les sources d'information utilisées.

**i. Analyses statistiques :**

La première étape correspondait à l'analyse descriptive des caractéristiques générales de la population de médecins généralistes. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages et les variables quantitatives en moyenne et valeurs extrêmes.

Dans un deuxième temps l'adéquation des pratiques aux recommandations de février 2011 était évaluée.

Les analyses étaient effectuées à l'aide du logiciel R2.

### III. RESULTATS

26 réponses obtenues sur 60 soit 43% des médecins sollicités.

Les données de ces 26 fiches ont été exploitées pour le reste des analyses.

#### a. Caractéristiques générales de la population de médecins étudiés :

##### \*Le sexe:

Le questionnaire a été adressé à 13 femmes médecins et 47 hommes soit un sexe ratio de 3,6.

Le taux de participation a été de 53% chez les femmes et de 40% chez les hommes.

Sur les 26 médecins répondant, on retrouve 7 femmes pour 19 hommes (figure4).

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Féminin</b>	7	27	[12.35-48.05]
<b>Masculin</b>	19	73	[51.95-87.65]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 4 : répartition des effectifs médicaux selon le sexe*

**\*L'âge:**

42% des médecins avaient un âge compris entre 41 et 51ans. Les 58% restant étaient âgés de plus de 51 ans.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>inf. ou égal 40 ans</b>	1	4	[0.1-19.64]
<b>de 41 à 50 ans</b>	10	38	[20.91-59.27]
<b>sup ou égal 51 ans</b>	15	58	[37.19-76.03]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 5 : Age des médecins*

**\*L'activité:**

50% de ces praticiens déclarent effectuer plus de 30 actes/j, 38% entre 20 et 30 actes /j et seulement 12% réalisent moins de 20 actes/j.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>1à15</b>	1	4	[0.1-19.64]
<b>16à20</b>	2	8	[0.95-25.13]
<b>21à25</b>	6	23	[9.75-44.08]
<b>26à30</b>	4	15	[4.36-34.87]
<b>supérieur à 30</b>	13	50	[32.06-67.94]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 6 : Nombre d'actes journalier /médecin*

**\*Formation médicale continue:**

85% des médecins disent avoir participé à une session de FMC dans les 12 derniers mois.

**Participation à une session de FMC durant les 12 derniers mois**

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	4	15	[4.36-34.87]
<b>Oui</b>	22	85	[65.13-95.64]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 7 : Médecins ayant participé à une session de FMC durant l'année.*

**b. Evaluation des pratiques des médecins généralistes :**

**\* Avis sur recommandations concernant la vaccination ROR**

A la question, que pensez-vous des recommandations concernant la vaccination par le ROR ?

77% des médecins sont très favorables, 19% plutôt favorable et un seul médecin déclare ne pas être favorable.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>très favorable</b>	20	77	[55.92-90.25]
<b>plutôt favorable</b>	5	19	[7.31-39.98]
<b>plutôt pas favorable</b>	1	4	[0.1-19.64]
<b>pas du tout favorable</b>	0	0	[0-13.23]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 8 : Avis sur les recommandations vaccinales par le ROR*

**\*Facteurs limitant :**

-Réticence des médecins : 1 seul sur les 26 est défavorable car juge les 2 injections trop rapprochées dans le temps.

-refus des parents : 54% déclarent être parfois confronté à un refus de la part des patients, 65% d'entre eux essayent de les convaincre, alors que les autres respectent leur choix.

Etes-vous confronté à des refus de la part des parents ?

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>jamais</b>	12	46	[27.14-66.25]
<b>parfois</b>	14	54	[33.75-72.86]
<b>souvent</b>	0	0	[0-13.23]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 9 : médecins confrontés à un refus de la part des parents*

### **\*Vérification du statut vaccinal des patients.**

A la question numéro 12 : Compte tenu de l'actualité épidémiologique, vérifiez-vous le statut vaccinal de tous vos patients nés après 1980 ?

23% vérifient systématiquement, 65% le font souvent, 8% parfois et 1 médecin avoue ne jamais le faire.

A quelle fréquence vérifiez-vous le statut vaccinal des patients nés après 1980?

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>systématiquement</b>	6	23	[9.75-44.08]
<b>souvent</b>	17	65	[44.36-82.06]
<b>parfois</b>	2	8	[0.95-25.13]
<b>jamais</b>	1	4	[0.1-19.64]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 10 : Vérification du statut vaccinal des patients nés après 1980.*

Sur les méthodes employées pour vérifier le statut vaccinal des patients, 50% ont recours au carnet de santé, 34% par l'interrogatoire et le carnet de santé, 8% par l'interrogatoire seul, un médecin déclare demander parfois une sérologie et un autre médecin utilise des dossiers informatisés pour le suivi vaccinal.

### c. Evaluation des connaissances sur la vaccination par le ROR

#### \*Attitude chez un patient non vacciné :

Concernant les patients qui n'ont jamais été vaccinés par le ROR, seul 27% des médecins font 2 injections, 23% n'en font qu'une et 50% disent que ça dépend de leur année de naissance.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
<b>Année de naissance</b>	13	50	[32.06-67.94]	26	0
<b>Deux injections</b>	7	27	[15.09-51.9]	26	0
<b>Une injection</b>	6	23	[9.75-44.08]	26	0

*Figure 11 : Attitude en cas d'absence de vaccination chez un patient né après 1980*

Quand le patient a déjà reçu une dose unique de vaccin, 85 % des médecins disent refaire une deuxième injection, les 4 médecins restant ont répondu non et trois parmi eux estiment que cela dépend de leur année de naissance.

**Si le patient a déjà reçu une dose refaites-vous une nouvelle dose?**

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	4	15	[4.36-34.87]
<b>Oui</b>	22	85	[65.13-95.64]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 12 : Attitude du médecin devant un patient ayant reçu une dose unique.*

**\*connaissance des recommandations :**

92% des médecins interrogés disent connaître les dernières recommandations de Mai 2011 en matière de vaccination par le ROR.

Question : Connaissez-vous les recommandations de mai 2011?

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
<b>Non</b>	2	8	[0.95-25.13]
<b>Oui</b>	24	92	[74.87-99.05]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 12 : Connaissance des recommandations de Mai 2011.*

**\*Qualité de l'information :**

Question : Estimez-vous avoir reçu une information suffisante sur l'épidémie de rougeole et son plan d'élimination?

73% des médecins estiment avoir reçu une information suffisante de la part des autorités compétentes.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Non</b>	7	27	[12.35-48.05]
<b>Oui</b>	19	73	[51.95-87.65]
<b>Total. validés</b>	26	100	-

*Figure 13 : qualité de l'information sur l'épidémie de rougeole et son plan d'élimination.*

## IV. DISCUSSION :

### a. Synthèse des principaux résultats:

#### \*Démographie médicale.

D'un point de vue démographique, notre étude confirme d'une part le vieillissement de la population médicale avec un âge supérieur à 51 ans pour 58% d'entre eux. Avec une faible proportion de femmes installées 1/3.

#### \*Activité.

On note également la surcharge de travail des médecins traitant qui effectuent plus de 30 actes/j pour la moitié d'entre eux.

Cette activité soutenue implique une diminution du temps consacré à la consultation ce qui peut engendrer des négligences de la part de certains médecins.

#### \*Vérification du statut vaccinal des patients

Probablement en rapport avec l'activité soutenue, les médecins ne vérifient pas systématiquement le statut vaccinal de leurs patients.

D'où en pratique seulement 23% des médecins vérifient systématiquement le statut vaccinal de leurs patients nés après 1980. D'autre part, le taux de participation à la FMC étant de 85%, ce facteur n'explique pas le faible taux de vérification du statut vaccinal

On constate également que la vérification du statut vaccinal des patients passe essentiellement par le carnet de santé ainsi que l'interrogatoire. Seul un médecin déclare parfois recourir à une sérologie.

Or on sait que la population d'adultes jeunes consultent relativement peu et que la présentation du carnet de vaccination devient peu fréquente après l'âge de 15 ans, ce qui suggère la limite de cette manière de procéder. En cas de doute sur le statut vaccinal d'un patient une sérologie devra être pratiquée de manière systématique.

#### \*Acceptabilité du vaccin ROR.

L'acceptabilité du vaccin ROR semble faire l'unanimité auprès des médecins généralistes avec 76% d'opinions très favorable vis à vis des recommandations vaccinales, 19% plutôt favorable et seulement un médecin déclare ne pas être favorable, car juge la 2<sup>ème</sup> dose du ROR très rapprochée de la primo vaccination et estime qu'il faudrait la décaler à 13 -14 ans. Par ailleurs ce même médecin déclare ne réaliser qu'une dose unique si l'âge du patient est supérieur à 18 ans et pourtant dit être au courant des dernières recommandations.

On retrouve ainsi dans notre étude 95% d'opinion favorable vis-à-vis du ROR, ce qui rejoint une étude menée en 2003 auprès des médecins et pharmaciens qui étaient favorables à la vaccination en général à hauteur de 97%, résultat à nuancer car selon une étude menée en 2005 auprès de 400 médecins généralistes et pédiatres, 58% d'entre eux se posent des questions quand à l'opportunité de certains vaccins et 31% doutaient de leurs sécurité.

#### \*Connaissance des recommandations.

Notre enquête révèle également que 92% des médecins prétendent connaître les nouvelles recommandations de mai 2011, (à savoir effectuer systématiquement un rattrapage vaccinal afin de totaliser 2 doses de ROR chez les patients nés après 1980 quelque soit leurs antécédents vis-à-vis des 3 maladies). Cependant, seulement 27% d'entre eux réalisent les 2 injections.

Selon une étude menée par L'OMS : la vaccination par le ROR n'est proposée systématiquement que par 87,6% des médecins pour la première dose et 80,1% pour la seconde. Avec comme facteurs associés à une attitude réservée vis-à-vis de la vaccination on retrouve la pratique de l'homéopathie et l'exercice dans un cabinet médical individuel. (20)

#### \*Gestion des effets secondaires de la vaccination.

Par ailleurs les effets secondaires du vaccin n'apparaissent pas comme facteur limitant dans notre étude, même si 54% des médecins déclarent être confrontés à un refus de la part des patients.

Cette situation de refus reste heureusement limitée dans la population générale. Une enquête menée du côté des parents d'enfants non vaccinés révèle que 17%

déclarent que le médecin ne l'a pas proposé, 9% suite aux contre-indications posées par le médecin, 8,9% refusent de faire le vaccin et 7% évoquent un oubli (21).

La vaccination est un droit car elle s'inscrit dans le cadre du droit à la santé, la non vaccination l'est autant. Ce refus est protégé par deux droits de la personne humaine que sont : la liberté de conscience et l'inviolabilité du corps humain d'après la loi du 4 mars 2002. Cette même loi précise que le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.

Par ailleurs l'article 43 du code de déontologie médicale stipule que « le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par l'entourage ». (22).

Ainsi le médecin ne devrait pas s'incliner devant le refus des parents de vacciner, leurs enfants, car cela serait considéré comme une maltraitance par refus de soins(23).

#### \*Couverture vaccinale

La bonne pratique des médecins généraliste passe tout d'abord par la connaissance des nouvelles recommandations vaccinales.

Notre étude constate que 8% des médecins disent ne pas connaître les recommandations de mai 2011 et 27% des médecins estiment avoir reçu une information insuffisante de la part des autorités compétentes, cette notion ressort de manière plus marquée dans l'analyse des pratiques des médecins généralistes interrogés.

La non application des recommandations vaccinales pour le ROR se traduit par une couverture vaccinale insuffisante, comme le confirment les différentes études :

En effet une étude nationale réalisée en 2008 auprès d'un panel de 7000 mères d'enfants âgés de 23 à 25 mois retrouve un taux de couverture vaccinale de 91% pour la première dose et seulement 60,3% des enfants de 24 à 35 mois ont reçus 2 doses. Par ailleurs ce taux était de 93 % pour la première dose et de 80% pour la seconde chez les adolescents de 13 à 15 ans. (24).

Bien que les taux de couverture vaccinale semblent s'améliorer avec le temps ils restent insuffisants, ainsi pour les enfants âgés de 24 mois il est passé de 86,4 % en 2003 à 90% en 2007 puis 91% en 2008. [24 ,25].

Dans le milieu hospitalier on retrouve une couverture vaccinale insuffisante ainsi suite à un sondage réalisé en 2009, auprès des étudiants médicaux et paramédicaux des hôpitaux parisiens, en l'absence d'antécédent de rougeole, moins de la moitié ont reçus 2 doses de vaccin trivalent. (6).

Une étude menée en 2010 au centre hospitalier de Versailles au près des personnels des services à risques (urgences, pédiatrie, maternité et maladies infectieuses) montre que seulement 96% d'entre eux sont immunisés vis-à-vis de la rougeole. (26).

L'éradication de la rougeole passe nécessairement par une couverture vaccinale optimale, soit l'immunisation de 95% de la population générale.

Sachant que 5% des personnes présentent une résistance au vaccin, ce taux de couverture vaccinale idéal est ainsi ramené à 97,5%.

Les vaccinations sont effectuées majoritairement par les médecins généralistes et les pédiatres, qui jouent de ce fait un rôle clef en matière de santé publique , néanmoins la réussite du plan d'élimination de la rougeole nécessite l'implication de tous les citoyens, or Il existe une crise de confiance de l'opinion publique vis-à-vis des autorités de santé celle-ci est alimentée par les crises successives tel que l'affaire du sang contaminé, la vache folle , traitement par l'hormone de croissance (27) et plus récemment la mauvaise gestion de l'épidémie de grippe H1N1 et l'affaire du Médiator.

Selon trois enquêtes réalisées par l'INPES en 2004 sur la perception de la vaccination et des maladies infectieuses. Il existe, une mauvaise compréhension de la transmissibilité des maladies infectieuses notamment les différents modes de contamination.

En ce qui concerne la vaccination, 93% de la population Française reconnaît les bénéfices de la vaccination, mais seulement 82 % pensent que les vaccins ont apporté plus de bénéfices que de torts à la santé de la population.

79% de la population est convaincu de la sécurité du ROR.

Par ailleurs cette perception varie en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'étude, Ainsi les personnes âgées de moins de cinquante ans sont plus favorables, ainsi que celles qui ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat (28).

Les femmes semblent plus réticentes vis-à-vis des vaccins de manière générale, sauf en ce qui concerne le ROR ce qui suggère la notion d'acceptabilité du vaccin en fonction de l'intérêt de la personne concernée. (29).

## **b. Limites de l'étude.**

Les limites de cette étude sont représentées tout d'abord par la taille de l'échantillon (60 médecins) à moindre mesure le taux de participation des médecins sollicités (26/60) soit 43% d'une part, mais également la présence de certaines incohérences dans les réponses fournies par certains participants (cela étant probablement due à la multiplication des recommandations vaccinales ces dernières années et au changement perpétuel de celles-ci).

L'absence de contact physique lors du recueil des informations, préserve d'une part l'anonymat des participants et permet avec une certaine mesure l'obtention de réponses fiables, néanmoins ne permet pas une évaluation précise du ressenti des médecins.

Le questionnaire en lui-même permet d'évaluer les pratiques des médecins généralistes de manière globale mais n'autorise pas une analyse fine des représentations des médecins sur le vaccin ROR notamment en termes d'efficacité et de sécurité de celui-ci.

Le caractère fermé des questions laisse place à certaines interrogations, par exemple :

La moitié des médecins disent être confrontés parfois à un refus de la part des patients, mais en quelle proportion ?

### **c. Perspectives**

L'épidémie de rougeole ne cesse de prendre de l'ampleur depuis 2008, malgré l'existence d'un vaccin efficace et qui a fait ces preuves.

L'échec du plan d'élimination de La rougeole de 2005, est du en grande partie au non respect du calendrier vaccinal par certains médecins généralistes.

Parmi les raisons à cela on peut citer :

- La réticence de certains parents vis-à-vis des vaccins mettant en avant leurs effets indésirables.
- Le manque d'informations fournies aux parents concernant les vaccins, leurs intérêts en terme de santé individuelle, mais également collective et ce de la part des médecins qui rappelant le restent en première ligne, sans oublier les autorités compétentes qui doivent d'avantage utiliser les médias audio-visuels à fin d'assurer la promotion du vaccin ROR dans le cadre du plan d'élimination de la rougeole.
- Par simple omission et ce par une mauvaise tenue du dossier médical et une vérification non systématique des carnets de vaccinations pendant les consultations.

Pour arrêter la progression de cette épidémie et à terme l'éradiquer il faudrait tout d'abord augmenter la couverture vaccinale par l'application des recommandations du calendrier vaccinal et appliquer les mesures de prévention pour éviter la propagation de la maladie autour d'un cas.

Le signalement systématique et sans délai à la DDASS, permet une intervention rapide des cellules de veille sanitaire auprès des sujets contacts et ainsi limiter la propagation.

En ville le signalement se fait sur des critères cliniques sans attendre la confirmation biologique, à savoir l'association d'une fièvre supérieure à 38,5, une

éruption macculo-papuleuse et la présence d'au moins un des signes suivants :  
conjonctivite, coryza, toux ou encore signe de KÖPLICK.

Le signalement se fait sans délai au médecin de la DDASS du lieu d'exercice (par téléphone ou par télécopie).

En pratique les médecins généralistes ne disposent pas de kits de prélèvements rhino-pharyngés ou salivaires dans leurs cabinets encore moins de fiche de notification.

Les patients sont ainsi envoyés aux services d'urgences, pour confirmation biologique et c'est à ce moment que la notification des cas est réalisée.

Le médecin doit fournir un masque de protection à son patient avant de l'adresser aux urgences et prévenir le service d'urgence de l'arrivée de celui-ci.

Les actions de sensibilisation des médecins et du grand public mises en place par la DDASS semblent insuffisantes pour arrêter l'épidémie.

Des efforts supplémentaires doivent être fournis afin de rappeler auprès des professionnels de santé ainsi que des familles de l'intérêt de la primo vaccination par le ROR, mais également l'importance d'effectuer un rattrapage systématique des sujets non immuns.

Le médecin généraliste joue un rôle clef dans l'optimisation de la couverture vaccinale.

L'informatisation croissante des dossiers médicaux dans les cabinets devrait aider à terme dans ce sens permettant un suivi plus rigoureux des patients en installant notamment des messages d'alerte informatique.

A défaut d'informatique, les médecins devraient insister sur la nécessité de présenter le carnet de santé des enfants lors de chaque consultation.

Des mesures supplémentaires pourraient être envisagées comme :  
l'organisation de campagnes de vaccinations dans les collectivités notamment en milieu scolaire.

Optimiser la couverture vaccinale des personnels soignants et de toutes personnes travaillant en collectivités en réalisant des sérologies systématiques à toutes personnes ne pouvant apporter la preuve d'une double vaccination par le ROR.

On pourrait également réfléchir à la possibilité d'intégrer le carnet vaccinal au sein de la carte vitale après accord du patient.

La médecine préventive prend une place de plus en plus prépondérante dans notre pratique quotidienne d'une part à travers les dépistages de masse, mais aussi par les bilans de dépistages ciblés.

Afin d'inciter les médecins généralistes à tendre vers une médecine préventive, une rémunération en fonction des actes de préventions effectués à leurs patients plutôt qu'un paiement à l'acte aurait peut être un réel impact en terme de santé publique.

On reproche au paiement à l'acte d'engendrer une surproduction de soins : pour augmenter leurs revenus, les médecins sont incités à multiplier le nombre d'actes effectués. Ainsi des comportements de demande induite a été démontré concernant l'activité de médecine générale en secteur 1 .(30). Dans les zones de forte densité médicale les médecins compensent le manque de patients en augmentant le volume de soins.

Une enquête comparative internationale menée en 1999 montre que le système de soins Français est efficace pour la médecine curative mais en retard en ce qui concerne la médecine préventive (31).

Les différents modes de rémunération (paiement à l'acte, capitation, ou activité salariale) présentent des avantages et des inconvénients. Plusieurs études menées à ce sujet tendent à privilégier les systèmes de rémunération mixte.

En France depuis 2000, les médecins généralistes reçoivent une rémunération forfaitaire (rémunération des gardes et astreintes, rémunération du médecin traitant, suivi des patients en ALD) ce forfait représente 6,1% des revenus du médecin généraliste (32).

Enfin depuis 2009 une rémunération complémentaire pouvant atteindre 5600 euros peut être attribuée aux médecins qui s'engagent à respecter des objectifs de

dépistage, de prévention ainsi que la prescription systématique de médicaments génériques.

L'élimination de la rougeole a été possible dans plusieurs régions du monde où la politique vaccinale a abouti à l'interruption de la transmission indigène du virus. En Finlande on ne dénombre plus de cas de Rougeole depuis 2002 et ce grâce à une vaste campagne de vaccination entreprise en 1982. Le ROR fut administré aux nourrissons de 14 à 18 mois avec un rappel à 6ans, avec une campagne de rattrapage pour les enfants de moins de 6ans non vaccinés entre 1983 et 1986. Par ailleurs les adolescents, militaires, infirmières et mères de familles séronégatives pour la rubéole furent également vaccinées. Les vaccinations ne sont pas obligatoires en Finlande, mais leur gratuité a contribué au succès de cette campagne [33,34].

## V. CONCLUSION

Notre enquête révèle donc un défaut d'application des recommandations vaccinales de mai 2011, à savoir un rattrapage systématique de tous les patients nés après 1980 afin de totaliser 2 doses de ROR.

Depuis 2008 l'augmentation croissante du nombre de cas déclarés chaque mois en particulier chez les nourrissons de moins d'un an et les adultes jeunes fait craindre d'une part la pérennisation de la maladie mais aussi la survenue de cas compliqués notamment dans la population immunodéprimée et chez les femmes enceintes.

Le nombre de cas de rougeole déclarés par mois depuis janvier 2012, reste stable. L'absence de pic épidémique en 2012 ne signifie en aucun cas la régression de la maladie. Le pourcentage de la population réceptive vis-à-vis de la rougeole reste élevé et seule l'obtention d'une couverture vaccinale à terme porte l'espoir de pouvoir éradiquer un jour cette maladie.

Les médecins généralistes doivent se soucier de vérifier le statut vaccinal de tous leurs patients et plus particulièrement les adolescents et adultes jeunes. L'idée d'une implémentation du statut vaccinal sur la carte vitale soulève la problématique du dossier médical informatique, mais serait un moyen fiable.

Le respect des nouvelles recommandations passe par la connaissance, la motivation et surtout la relation de confiance instaurée par le médecin vis-à-vis de ses patients.

Le médecin généraliste est aujourd'hui confronté à des patients de plus en plus instruits, qui recherchent l'information médicale sur le Web à travers des sites médicaux pas toujours fiables.

Par ailleurs il existe de plus en plus de forums sur la toile, sur lesquels les patients discutent librement. Cette nouvelle forme d'échange entre les personnes traduit un besoin de créer un lien communautaire pour se retrouver, parler et partager leurs expériences notamment dans le domaine médical.

On retrouve ainsi plusieurs sites et forums qui remettent en cause le vaccin et vont même jusqu'à le rendre responsable de l'augmentation des phénomènes allergiques par exemple. , sans preuve scientifique.

Le médecin doit jouer le rôle d'éducateur de la santé , en délivrant une information juste, adaptée selon les dernières données de la science tout en tenant compte de la sensibilité et des représentations du patient, afin de pouvoir gagner sa confiance.

## VI. REFERENCES

1. Bonmarin, D. Lévy-Bruhl « La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale » Bulletin européen sur les maladies transmissibles / EUROSURVEILLANCE VOL.7 N°4 AVRIL 2002.
2. Institut de veille sanitaire /Direction générale de la santé : « Rougeole et rubéole congénitale : plan d'élimination et nouvelles recommandations » information presse /
3. Inpes : La rougeole Recrudescence en France. Etat des connaissances-mars 2009. [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
4. « Rougeole : compléter à 2 doses la vaccination des adolescents et des jeunes adultes » Revue Prescrire 2011 ; 31 (336) : 768-769.
5. E .PILLY 2006 : 93-4-3 (510).
6. OMS /Rougeole .Aide mémoire N° 286. Février 2014.
7. InVS : Epidémie de Rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 5 octobre 2011.
8. Houssin D. Rougeole : mobilisons-nous ! Editorial.Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire 2009 ; 39-40 :413-4.
9. Freymuth F, Waku-Kouomou D, Vabret A. Diagnostic salivaire de la rougeole et évolution récente des souches virales en France. BEH ; octobre 2009 ; 39-40.
10. Invs. point\_rougeole\_24\_Mai\_2011.Nord pas de calais : Surveillance de la rougeole en Nord-Pas-de-Calais.
11. D.Floret : « Grippe, rougeole, méningite...un mandat bien rempli ! » Editorial /Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire 23/03/2011/ 10-11 :(101).
12. James JM, Burks AW, Roberson PK, Sampson HA. Safe administration of the measles vaccine to children allergic to eggs. N Engl J Med 1995; 332:1262-6.
13. Bidat E, Rance F, Gaudelus J. Vaccination chez l'enfant allergique à l'œuf Arch Pediatr 2003; 10 :251-3.
14. [http://www.lecrat.org/articlesearch.php3id\\_groupe17](http://www.lecrat.org/articlesearch.php3id_groupe17).
15. P Duchet Niedziolka, O Launay, D Salmon Ceron, PH Consigny, T Ancelle, D Van der Vliet . Vaccination antivirale des adultes immunodéprimés, revue de la littérature. Rev Med Interne 2008 ; 29 :554-67.

16. P Ljungman, D Engelhard, R De la Camara, H Einsele, A Locasciulli, R Martino. Vaccination of stem cell transplant recipients: recommendations of the infectious diseases Working party of the EBMT. Bone Marrow Transplant 2005;35:737-46.
17. Taylor B, Miller F, Farrington CP, et al. Autism and measles, mumps and rubella vaccine : non epidemiological evidence for a causal association. Lancet 1999; 353:2026-9.
18. Makela A, Nuorti JP, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mump-rubella vaccination. Pediatrics 2002; 110:957-63.
19. [www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole) (actualisation des données de surveillance au 16 avril 2012).
20. Organisation mondiale de la santé « Eradication mondiale de la rougeole » Rapport du secrétariat ; 63<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé, 25 mars 2010.
21. F.Beaudier, C Léon « Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention » Baromètre santé 2005. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre Santé 2005 : 279-96.
22. Gaudelus J.: Ethique et vaccination. Elsevier Masson ; Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 :772-774.
23. pouillard j. « comment faire face à un refus de vaccination ? » Bulletin de l'ordre n° 20, décembre 2003.
24. Gaudelus J, Cohen R, Lepetit H, Gaignier C : Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de l'hépatite B en France en 2008. Med Enf 2009 ; 29 :207-12.
25. Dress. « L'état de santé de la population en France ; rapport 2009-2010 : objectif 42 (page 208).
26. M.Lepointeur, C. Neulier, S.Marque-juillet, M.Harzig, M.-L. Garbay-Dumeunier, J.Merrer « Réceptivité à la rougeole des personnels des services à risques d'un centre hospitalier général » HYGIENES-2011-Vol XIX- N° 2.
27. A-M Moulin : les particularités Françaises de l'histoire de la vaccination, la fin d'une exception ? Revue d'épidémiologie et de santé publique, volume 54, supplément 1, july 2006, 81-87
28. BEH n° 39-40 (20 octobre 2009) – « Rougeole : données sur une épidémie en France et en Europe en 2008.
29. M-A Balinska, C Léon « Opinions et réticences face à la vaccination » la revue de médecine interne, volume 28, issue 1, janvier 2007, 28-32.

30. Delattre E. et Dormont B. «La régulation de la médecine ambulatoire en France : quels effets sur le comportement des médecins libéraux » Dossiers solidarité et santé n°1, 135-161. (2005).
31. Majnoni d'intignano B. La performance qualitative du système de santé français. Régulation du système de santé français. Rapport du conseil d'analyse économique. La documentation française 13. (2008) ;
32. Frechou H. et Guillaumat-Tailliet F. « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 » Etudes et résultats, n°643, Drees. (2008).
33. Peltola H, Jokinen S, Paunio M, Hovi T , Davidkin I. Measles, mumps and rubella in Finland : 25 years of nationwide elimination program. Lancet Infect Dis 2008; 8 (796):803.
34. Heinonen OP, Paunio M, Peltola H. Total elimination of measles in Finland . Ann Med 1998; 30:131-3
35. Parent du Chatelet I, Aatoria D , Waku-Kouomou D, Freymuth F, Maine C, Levy-Bruhl D. La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire. Bull Epidémiologique Hebdomadaire 2009;39-40 : 415-9.

## VII. ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE

### Etat des lieux des connaissances et pratiques en matière de vaccination contre la rougeole des médecins généralistes du Douaisis

#### PROFIL DES MEDECINS:

1. Sexe:
  - a) homme
  - b) femme
  
2. Age :
  - a)  $\leq 40$  ans
  - b) de 41 à 50 ans
  - c)  $\geq 51$  ans
  
3. Mode d'exercice:
  - a) libéral
  - b) libéral et hospitalier
  
4. Secteur d'exercice:
  - a) secteur 1
  - b) secteur 2 ou non conventionné
  
5. Nombres d'actes/j en moyenne:
  - a) 1-15
  - b) 16-20
  - c) 21-25
  - d) 26-30
  - e)  $> 30$
  
6. Nombres de jour d'activité par semaine:
  - a) 4 jours ou moins
  - b) plus de 4 jours
  
7. Participation à une session de FMC dans les 12 derniers mois:
  - a) oui
  - b) non

PRATIQUES CONCERNANT LA VACCINATION DU ROR:

8. Que pensez-vous des recommandations concernant la vaccination du ROR? Vous y êtes:
- a) très favorable
  - b) plutôt favorable
  - c) plutôt pas favorable
  - d) pas du tout favorable
9. Vous n'y êtes pas favorable. Pour quelle raison?
- a) Je ne fais que les vaccins obligatoires
  - b) A cause des effets indésirables
10. Vous arrive-t-il de recommander la vaccination et d'être confronté au refus des parents ?
- a) Jamais
  - b) parfois
  - c) souvent
11. Que faites-vous en cas de refus:
- a) vous essayez de les convaincre
  - b) vous respectez leur choix
12. Compte tenu de l'actualité épidémiologique de la rougeole, vérifiez-vous le statut vaccinal de tous vos patients nés après 1980 ?
- a) systématiquement
  - b) souvent
  - c) parfois
  - d) jamais
  - e) NSP
13. Comment vérifiez-vous le statut vaccinal de ces patients:
- a) par le carnet de santé
  - b) par une sérologie
  - c) par l'interrogatoire du patient

CONNAISSANCES SUR LA VACCINATION DU ROR:

14. Lorsque le patient n'a jamais été vacciné ? Vous lui faites :

- a) 1 injection
- b) 2 injections
- c) ça dépend de son année de naissance

15. Lorsque le patient a déjà reçu une dose, refaites vous une nouvelle dose ?

- a) Oui
- b) Non

16. Connaissez-vous les dernières recommandations en matière de vaccination de mai 2011?

- a) Oui
- b) Non
- c) Si oui, par quel biais :
  - c.i. BEH
  - c.ii. FMC
  - c.iii. Autres

17. Estimez-vous avoir reçu une information suffisante de la part des autorités compétentes concernant l'épidémie de rougeole et son plan d'élimination?

- a) Oui
- b) Non

## VIII. ANNEXE 2 : Lettre d'information médecin

Douai, le 2 Novembre 2011

HACHEM Raji,  
Dr EL MANSOUF Loubna,  
Dr LEMAIRE Xavier,  
Service des Maladies infectieuses et médecine polyvalente  
CH de Douai  
[hachemraji@yahoo.fr](mailto:hachemraji@yahoo.fr)  
[loubna.elmansouf@ch-douai.fr](mailto:loubna.elmansouf@ch-douai.fr)  
[Xavier.lemaire@ch-douai.fr](mailto:Xavier.lemaire@ch-douai.fr)

Objet : Enquête sur les connaissances et pratiques concernant la rougeole dans le douaisis

Cher Confrère, Chère Consœur,

Depuis le 1er janvier 2008, près de 22 000 cas de rougeole ont été déclarés en France. Pour les 8 premiers mois de 2011, près de 14 600 cas ont été notifiés, dont 16 ont présenté une complication neurologique, 647 une pneumopathie grave et 6 sont décédés. Devant la recrudescence des cas de rougeole, nous menons actuellement, en collaboration avec la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région, une étude d'analyse des connaissances et des pratiques en matière de vaccination contre la rougeole auprès des médecins généralistes du Douaisis. Cette enquête a pour but de recenser votre expérience dans la vaccination contre la rougeole afin d'améliorer à terme les recommandations et augmenter la couverture vaccinale. Elle constitue le travail de thèse de Raji Hachem (DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE)

Nous vous remercions d'avance de l'intérêt que vous porterez à ce travail et de l'aide que vous nous apporterez en nous renvoyant vos réponses à l'aide de l'enveloppe ci-jointe.

Veillez agréer, Cher confrère, l'expression de nos sentiments respectueux.

HACHEM Raji  
Interne

ELMANSOUF Loubna  
Infectiologue

LEMAIRE Xavier  
Infectiologue

**AUTEUR : Nom : HACHEM**

**Prénom : RAJI**

**Date de Soutenance : 15 SEPTEMBRE 2014**

**Titre de la Thèse : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN MATIERE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DES MEDECINS GENERALISTES DU DOUAISIS**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : MEDECINE GENERALE/ INFECTIOLOGIE**

**Mots-clés : Rougeole /épidémie / recommandations HSCP / couverture vaccinale.**

**Résumé :**

**Suite à la recrudescence des cas de rougeole depuis 2008, nous avons mené en collaboration avec la cellule de l'institut de veille sanitaire en Région, une étude d'analyse des connaissances et des pratiques en matière de vaccination contre la rougeole auprès des médecins généralistes du Douaisis.**

**L'objectif de notre étude étant d'évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes en matière de vaccination par le ROR afin d'améliorer à terme les recommandations et d'augmenter ainsi la couverture vaccinale.**

**Notre étude montre, que les cessions de la FMC semblent bien suivies, avec un taux de participation de 85% durant l'année écoulée.**

**95% des médecins ont une opinion favorable vis-à-vis du ROR.**

**Seulement 23% des médecins vérifient systématiquement le statut vaccinal de leurs patients nés après 1980.**

**8% des médecins avouent ne pas connaître les recommandations vaccinales de mai 2011.**

**92% des médecins prétendent connaître les nouvelles recommandations de mai 2011, pourtant seulement 27% d'entre eux réalisent systématiquement 2 doses de vaccin à leurs patients nés après 1980. (50% disent que ca dépend de leur année de naissance). Enfin 27% des médecins estiment avoir reçu une information insuffisante de la part des autorités compétentes.**

**Notre enquête révèle ainsi des manquements quand à l'application des nouvelles recommandations vaccinales de mai 2011.**

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur A. MARTINOT**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur B. Guéry**

**Monsieur le Professeur G. Raoul**

**Monsieur le Docteur A. Moerman**

**Monsieur le Docteur X. Lemaire**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Luc Delannoy**