



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vaccination antigrippale et antipneumococcique chez les patients
diabétiques : étude qualitative auprès des professionnels de santé
dans le Cambrésis**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Juin 2021 à 16h00
au Pôle Formation

par Charlotte MONTEIRO

JURY

Président :

Madame le Professeur Anne VAMBERGUE

Assesseurs :

Madame le Docteur Caroline DE PAUW

Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Delphine LEGRAND – DUFOUR

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Permettez-moi de vous révéler le secret qui m'a conduit à atteindre mon but.

Ma force repose uniquement sur ma ténacité. »

- Louis Pasteur

LISTE DES ABBREVIATIONS

ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CFA	Centre de Formation d'Apprentis
CESPHARM	Comité d'Education Sanitaire et sociale de la PHARMacie française
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CV	Couverture Vaccinale
DMP	Dossier Médical Partagé
FFD	Fédération Française des Diabétiques
FID	Fédération Internationale du Diabète
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IL	Infirmier(ère) Libéral(e)
IIP	Infections Invasives à Pneumocoque
FMC	Formation Médicale Continue
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PO	Pharmacien d'Officine
SFD	Société Francophone du Diabète
SNDS	Système National des Données de Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAG	Vaccination AntiGrippale
VAP	Vaccination AntiPneumococcique

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
I. LE DIABETE DANS LE MONDE : QUELQUES CHIFFRES.....	4
II. LES RECOMMANDATIONS VACCINALES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES.....	5
III. LES FONDEMENTS DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE ET ANTIPNEUMOCOCCIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES	7
IV. DES COUVERTURES VACCINALES INSUFFISANTES EN FRANCE	12
V. UNE HESITATION VACCINALE GRANDISSANTE	14
VI. L'ENTREE EN JEU DES AUTRES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS DANS LA VACCINATION	15
VII. OBJECTIF DE RECHERCHE	17
MATERIELS ET METHODE	19
I. LA POPULATION CIBLE.....	19
II. LE TYPE D'ETUDE	19
III. LE GUIDE D'ENTRETIEN	19
IV. LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	20
V. CRITERES D'EXCLUSION	21
VI. INFORMATION ET CONSENTEMENT.....	21
VII. REFUS DE PARTICIPATION.....	21
VIII. LES ENTRETIENS	22
IX. LE RECUEIL DES DONNEES	22
X. L'ANALYSE DES DONNEES	23
XI. JOURNAL DE BORD	24
XII. ETHIQUE.....	24
RESULTATS	25
I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	25
II. MODELISATION.....	27
III. LA COMPLEXITE DE LA VACCINATION DES PATIENTS DIABETIQUES	28
IV. UN INVESTISSEMENT DIFFERENT DANS LA VACCINATION	36
V. L'IMPERFECTION DES PILIERS DE LA VACCINATION	51
VI. LA NECESSITE D'UNE ALLIANCE PLURIPROFESSIONNELLE	64
VII. UNE BALANCE ENTRE SATISFACTION ET INSATISFACTION	71
VIII. UNE QUESTION DE TEMPS.....	76
DISCUSSION	79
I. PRINCIPAUX RESULTATS :	79
II. DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE :	82
III. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	86
IV. PISTES D'AMELIORATION ET PERSPECTIVES.....	90
CONCLUSION.....	92
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93
ANNEXES	101

RESUME

Introduction : La France, pays de Louis Pasteur, pionnier de la vaccination, fait face depuis plusieurs années à une hésitation vaccinale croissante et à une insuffisance de vaccination, malgré l'entrée en jeu des différents professionnels de santé de premiers recours. L'objectif de cette étude a été d'expliquer l'insuffisance de couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique chez les patients diabétiques dans le Cambrésis.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée par focus group et entretiens individuels auprès de médecins généralistes, de pharmaciens d'officine et d'infirmières libérales du Cambrésis, entre décembre 2019 et octobre 2020. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée, avec double analyse permettant une triangulation des données.

Résultats : Un focus group et quinze entretiens ont permis d'obtenir la suffisance des données. La complexité de la vaccination des patients diabétiques était évoquée par les professionnels de santé pour expliquer ces insuffisances vaccinales. La peur des patients, renforcée par la mésinformation médiatique, apparaissait comme un obstacle à l'abord de la vaccination, notamment antigrippale. Le manque d'information sur la vaccination antipneumococcique était jugé responsable de son insuffisance de couverture. Malgré le professionnalisme de certains, l'investissement des professionnels de santé différait. Leur alliance était nécessaire afin de faire face aux croyances populaires, sources d'impuissance. La coordination, considérée comme complexe et émaillée d'inégalités interprofessionnelles, devait être améliorée.

Conclusion : A l'heure où la pandémie de la Covid-19 fait resurgir l'importance de la vaccination, sensibiliser les patients diabétiques aux recommandations vaccinales semble essentiel, notamment avec l'aide des instances sanitaires et des sources d'information médiatiques. Les professionnels de santé doivent faire preuve de compétences communicationnelles, accorder du temps à la vaccination, et s'unir pour faire face à la méfiance des patients afin de restaurer la confiance en la vaccination.

INTRODUCTION

Depuis le XIX^{ème} siècle, les progrès de la médecine permettent de lutter contre les maladies infectieuses, notamment avec le développement des mesures d'hygiène, l'essor des antibiotiques et l'invention de la vaccination. Le recul de certaines maladies infectieuses, grâce à la vaccination, est bien ancré dans la mémoire collective alors que la gravité de ces maladies semble tombée dans l'oubli (1). L'absence de perception du danger explique en partie l'hésitation vaccinale actuelle (2), qui s'installe dans notre pays, celui de Louis Pasteur, pionnier du principe de vaccination, considéré depuis quelques années comme étant un des pays les plus sceptiques sur la vaccination (3,4).

Mais pour que le succès de la vaccination soit durable, il est nécessaire d'atteindre et de maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale (CV). En 2004, les autorités sanitaires ont fixé des objectifs minimaux à atteindre en matière de CV : 75 % pour le vaccin antigrippal dans tous les groupes à risque, notamment les personnes souffrant d'une ALD, et 95 % pour les autres vaccins (5). Pour autant, ces dernières années, ces objectifs n'ont pas été atteints. Le refus de vaccination et l'hésitation vaccinale ont pour principale conséquence cette insuffisance de CV mais ils ne sont probablement pas les seuls responsables. Pourtant le premier rempart contre certaines infections reste la vaccination.

En France, la grippe saisonnière touche annuellement 2 à 6 millions de personnes (6). Elle peut aggraver des pathologies chroniques pré-existantes, comme le diabète, ou entraîner des surinfections respiratoires pouvant conduire à des hospitalisations ou des décès. L'OMS estime que les épidémies annuelles de grippe

sont responsables d'environ 5 millions de cas de maladies graves et de 290 000 à 650 000 décès dans le monde (6) .

Le pneumocoque est la première cause de pneumonie bactérienne communautaire et de méningite de l'adulte. Son taux de mortalité est estimé varier de 10 à 30 % (7).

En 2015, le nombre de décès secondaires à une pneumonie à pneumocoque dans le monde était estimé à 1,5 million (8).

Ces deux maladies sont responsables de millions de décès dans le monde chaque année et sont donc de réels enjeux de santé publique, comme l'est le diabète, dont la prévalence ne fait qu'augmenter dans le monde.

I. LE DIABETE DANS LE MONDE : QUELQUES CHIFFRES

Dans le monde, le diabète touche environ 463 millions de personnes et selon les estimations de la FID, 578 millions d'adultes seront atteints de diabète d'ici 2030 et 700 millions d'ici 2045, ce qui fait du diabète une urgence sanitaire mondiale. Selon la FID, un patient diabétique serait mort toutes les huit secondes dans le monde des suites de son diabète ou de ses complications en 2019. D'autant plus que 50 % des personnes vivant avec un diabète dans le monde ne sauraient pas qu'ils en sont atteints (9).

En France, en 2019, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement a été estimée à 5,2 % de la population, avec une disparité régionale : les régions les plus touchées étant les régions d'outre-mer (prévalence estimée à environ 9 % pour la Guadeloupe et la Réunion) et les Hauts-de-France (prévalence estimée à 6,22 %) alors que la Bretagne avait la prévalence la plus faible à 3,4 % (10,11).

Des mesures de prévention sont nécessaires pour diminuer l'incidence de cette maladie, qui est un fardeau de santé publique, notamment pour ce qui est des dépenses de santé (le coût annuel par personne atteinte du diabète a été estimé à environ 4 500 € pour l'année 2019 (12)).

Ces chiffres renforcent donc la place de la prévention dans la prise en charge globale des patients diabétiques, notamment par l'action des différents professionnels de santé de premier recours, amenés à prendre en charge ces patients bénéficiant d'un suivi et de soins réguliers. Sur une période d'une année, couvrant 2006-2007, le MG a reçu en moyenne 9 fois les patients diabétiques en consultation (13).

II. LES RECOMMANDATIONS VACCINALES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES

Les vaccinations actuellement recommandées chez les patients diabétiques sont les vaccinations habituelles de la population adulte (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche) ainsi que la vaccination contre la grippe et contre les infections à pneumocoque (14).

La VAG est recommandée chaque année chez les personnes à risque dont les patients diabétiques et les personnes âgées de plus de 65 ans. Deux vaccins étaient essentiellement disponibles en France pour la campagne 2020 – 2021 : l'Influvac®Tetra et le VaxigripTetra®. La VAG consiste en l'administration d'une dose de vaccin annuelle pour les patients de plus de 9 ans au cours de la période de campagne vaccinale (15). Le vaccin est totalement remboursé au titre de l'ALD. Un formulaire de prise en charge est envoyé chaque année par l'assurance maladie aux patients diabétiques. En cas de non réception, ce bon peut être réédité par le MG ou par le PO ou l'IL si le patient est majeur. Il permet aux patients de bénéficier de la délivrance directe du vaccin par son pharmacien, sans prescription préalable de son MG (16).

La VAP a concerné, dès 2003, les enfants de moins de 2 ans présentant un risque accru d'infections invasives à pneumocoque, puis elle s'est étendue progressivement à tous les enfants de moins de 2 ans en 2006 et aux adultes à risque en 2013, dont les patients diabétiques non équilibrés par le simple régime. Depuis le 1^{er} janvier 2018, elle est devenue obligatoire en France chez tous les nourrissons dès l'âge de 2 mois et est recommandée chez les patients de plus de 2 ans présentant un facteur

de risque d'infections à pneumocoque. Deux vaccins sont disponibles à ce jour en France : le VPC13 (Prévenar 13[®]), couvrant 13 sérotypes de pneumocoques, entraînant une mémoire immunitaire et agissant sur le portage ORL, remplaçant le PCV7 depuis 2010, et le VPP23 (Pneumovax[®]), couvrant 10 sérotypes de plus mais peu immunogène chez les enfants et n'agissant pas sur le portage ORL, remplaçant depuis 2017 le Pneumo 23[®] (17). Auparavant, la vaccination des patients diabétiques consistait en une injection isolée de VPP23, suivi d'un rappel trois ans plus tard (18). Ce schéma a été remplacé en 2017 par un schéma mixte avec une dose de VPC13 suivie d'une dose de VPP23 à au moins 8 semaines d'intervalle. Un unique rappel avec le VPP23 est recommandé pour le moment, 5 ans après la primo-vaccination. Dans le cas où un patient aurait déjà bénéficié d'une dose de VPP23 depuis plus d'un an, une dose de VPC13 peut être réalisée et une dose de VPP23 également si le délai est d'au moins 5 ans après le dernier VPP23 (19). La VAP est prise en charge à 65 % par l'assurance maladie (20).

Ces recommandations ciblent particulièrement les patients avec un diabète non équilibré, ce qui est expliqué par le fait que le risque d'infection augmente avec l'élévation de l'hémoglobine glyquée, tout comme le risque d'hospitalisation ou de décès augmentant avec le déséquilibre glycémique (21).

III. LES FONDEMENTS DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE ET ANTIPNEUMOCOCCIQUE CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES

Le diabète est associé à de nombreuses complications, notamment cardiovasculaires et rénales. Il est également communément admis que les patients diabétiques sont plus sensibles aux infections. La relation entre le diabète et les infections est reconnue dans la littérature depuis plus d'un siècle déjà (22). Plusieurs études ont tenté d'expliquer cette sensibilité aux infections en identifiant une réponse immunitaire modifiée (23–25). Certaines données ont montré qu'il semblait y avoir une tendance à l'altération de la fonction immunitaire par l'hyperglycémie elle-même alors que d'autres études ont témoigné que la réponse immunitaire des patients diabétiques restait intacte (26,27). La compréhension du problème sous-jacent à ces infections est donc difficile devant l'existence d'études contradictoires (28). D'autant plus que le diabète est une pathologie complexe, associée généralement à d'autres comorbidités, qui peuvent également accroître la sensibilité aux infections.

De nombreuses études ont déjà établi que les patients diabétiques ont un risque augmenté d'infections sévères, notamment urinaires, cutanées et respiratoires, telles que la grippe et les pneumopathies (29–33), également associé à un risque de décès de cause infectieuse supérieur (34). En France, l'étude Entred réalisée sur la période 2002 – 2011, a montré qu'il y avait un sur-risque de mortalité liée à une pneumopathie de 55 % chez les patients diabétiques par rapport à la population générale (35).

A ce jour, seul un petit nombre d'infections peut être prévenu par la vaccination, notamment la grippe et l'infection à pneumocoque.

1. LA GRIPPE

Une étude, réalisée sur les données du réseau mondial de surveillance hospitalière de la grippe (GIHSN) au cours de la saison 2017 – 2018, a retrouvé que l'hospitalisation de patients infectés par le virus grippal s'est compliquée (nécessité d'une ventilation mécanique, admission en unité de soins intensifs ou décès) pour 10,6 % d'entre eux. Un des facteurs associé à une hospitalisation compliquée était le diabète (36), qui était également présenté comme un facteur de risque de grippe grave dans une méta-analyse (37). L'hyperglycémie est jugée comme responsable d'un endommagement de la barrière épithéliale – endothéliale pulmonaire et d'un œdème pulmonaire, augmentant la gravité de la grippe (38).

Une étude canadienne s'intéressant spécifiquement aux patients diabétiques de moins de 65 ans a également mis en évidence une augmentation significative de 6 % des hospitalisations associées à une grippe par rapport à des patients non diabétiques (39).

Une méta-analyse d'études observationnelles a renforcé la recommandation de VAG, en révélant que les patients diabétiques vaccinés contre la grippe présentaient un risque plus faible d'hospitalisation pour pneumonie et que la VAG était associée à un taux de mortalité plus faible (40). Cependant, la pertinence de ces résultats est remise en cause par la nature observationnelle et rétrospective des études incluses dans la méta-analyse.

Une autre étude de cohorte rétrospective, réalisée en Angleterre, a retrouvé que la VAG était associée à une réduction des taux d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires et respiratoires aiguës, et de la mortalité toutes causes confondues chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (41).

Deux revues Cochrane, publiées en février 2018, sur la VAG chez les sujets adultes en bonne santé et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ont montré que les patients vaccinés présentaient moins d'infection grippale ou de syndrome grippal mais aucune donnée fiable n'était disponible pour évaluer son efficacité sur les complications de la grippe ni sur la mortalité (42,43).

2. LE PNEUMOCOQUE

Le pneumocoque est une bactérie responsable de nombreuses infections, telles que des conjonctivites, sinusites, otites et pneumopathies communautaires, mais également de méningites, arthrites septiques, ostéomyélites, péritonites et bactériémies, définissant les infections invasives à pneumocoque (IIP). Ces pathologies nécessitent des antibiothérapies multiples, responsables progressivement de l'apparition de souches multirésistantes et sont associées à des taux de mortalité élevés (7).

Le diabète est associé à un risque accru d'infections pneumococciques dont de pneumopathies à pneumocoque et d'IIP (44). Une étude a montré que les patients diabétiques avaient un risque 3 à 6 fois plus élevé de faire une IIP que les adultes en bonne santé (45). La mortalité chez les patients atteints d'IIP a été considérée comme supérieure chez les patients diabétiques, d'autant plus s'ils présentaient des complications micro ou macro-vasculaires (46).

Ces études consolident donc la recommandation de VAP chez les patients diabétiques.

Les données de la littérature ont attesté de l'efficacité de la VAP, notamment par l'efficacité significative du VPC13 pour la prévention des pneumonies

communautaires à pneumocoque et des IIP (47). Une étude a montré une meilleure efficacité vaccinale du VPC13 chez les patients de 65 ans et plus diabétiques (réduction de 89,5 % des pneumonies) par rapports aux patients non diabétiques (réduction de 24,7 %) (48).

Concernant le VPP23, une étude a attesté d'une réduction significative des IIP chez les patients âgés de 75 ans ou plus diabétiques vaccinés (49) mais également des pneumonies à pneumocoque chez les patients de plus de 60 ans vaccinés (50). Les réductions du nombre d'hospitalisations et de la mortalité n'ont pas été étudiées par ces études.

3. L'EXTENSION A LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

L'épidémie Covid-19, qui touche la France depuis le premier trimestre 2020, rappelle la fragilité des patients diabétiques vis-à-vis des pathologies respiratoires aux professionnels de santé, en considérant le diabète comme facteur de risque de formes graves de la Covid-19. 20 % des personnes hospitalisées pour Covid-19 au cours du premier semestre 2020 en France étaient traitées pharmacologiquement pour un diabète et parmi ces patients diabétiques, 30 % ont été hospitalisés en unité de réanimation – soins intensifs et 24,2 % sont décédées à l'hôpital (51).

Une méta-analyse, publiée en mars 2021, a également retrouvé que les personnes hospitalisées atteintes de diabète étaient plus susceptibles d'évoluer vers une maladie grave avec complications (détresse respiratoire aiguë, anomalie cardiaque ou rénale, choc septique) et de mourir que les patients non diabétiques (21,3 % versus 6,1 %). La durée du séjour hospitalier semblait également plus longue chez les patients diabétiques (52).

Cette fragilité des patients diabétiques vis-à-vis de la Covid-19 a conduit la HAS à préconiser la vaccination contre la Covid-19 à ces patients dès la phase 2 de la campagne de vaccination (53).

Ces résultats renforcent donc l'importance de la prévention des maladies infectieuses chez les patients diabétiques, notamment avec la vaccination comme composante essentielle.

IV. DES COUVERTURES VACCINALES INSUFFISANTES EN FRANCE

Quant à l'objectif de santé publique, la CV pour la grippe est fixée à 75 %. Alors que pour l'année 2018 – 2019, la grande majorité des cas graves d'infection grippale (83 %) présentait au moins un facteur de risque de grippe grave (tel qu'un âge supérieur à 65 ans ou une maladie chronique), moins d'une personne fragile sur deux était vaccinée (46.8 %). Respectivement, la CV des personnes à risque de plus de 65 ans et de moins de 65 ans était de 51 % et de 29.2 %, ce qui a conduit le Ministère de la Santé et de la Solidarité à réaliser une campagne de vaccination 2019 – 2020 plus offensive (54). Concernant la CV antigrippale 2019 – 2020, elle a été estimée à 31 % pour les personnes à risque de moins de 65 ans et à 52 % pour celles de plus de 65 ans (55). On a constaté une légère hausse du taux de CV antigrippale des personnes à risque tout âge confondu, estimé à 47.8 % (56).

Le niveau de VAG varie donc en fonction des tranches d'âge mais on observe également une disparité régionale. Pour les Hauts-de-France, le taux de CV antigrippale pour la saison 2019 – 2020 se situe à 48,7 % pour les personnes à risque (avec respectivement un taux de CV à 53,2 % et 35,1 % pour les personnes à risque de 65 ans ou plus et de moins de 65 ans). Ces données se rapprochent des taux de CV antigrippale nationaux, contrairement aux régions d'outre-mer qui ont des taux de CV ne dépassant pas les 20 % (55).

L'observatoire cartographique des indicateurs épidémiologiques produits par Santé Publique France (Géodes) permet également de visualiser que pour la campagne 2019 – 2020, la CV antigrippale chez les personnes à risque est de 48.5 % dans le département du Nord (11).

Aucune donnée n'est disponible concernant le taux de CV antipneumococcique chez les personnes à risque âgées de plus de 2 ans. En revanche, une estimation des CV des patients adultes à risque a été réalisée en France en 2017, par une étude rétrospective des données du SNDS : 15 % des adultes à risque ont reçu au moins un VAP, 4 % au moins un VPC13 et moins de 3 % les deux (VPC13 et VPP23) (57).

Concernant les patients diabétiques, des données de l'Assurance Maladie, qui nous ont été transmises par l'ARS des Hauts-de-France, établies à partir d'une requête sur les données du SNDS, ont montré que seuls 25% des patients pris en charge en ALD pour un diabète dans les Hauts-de-France ont bénéficié d'un remboursement pour une VAG à l'issue de la campagne de vaccination 2015 – 2016. De plus, l'observation des données de santé 2008 – 2016 a montré une CV contre le pneumocoque d'uniquement 3 % chez les patients diabétiques des Hauts-de-France (Annexe 1).

Aucune donnée plus récente n'est disponible concernant les CV des patients diabétiques dans les Hauts-de-France. En revanche, une enquête transversale a été réalisée sur le site internet de la FFD, de juin à septembre 2019, sur les représentations et les pratiques de vaccinations des patients diabétiques, et parmi les répondants, 88 % ont déclaré ne pas être à jour d'au moins une des vaccinations suivantes : grippe, tétanos, pneumocoque, hépatite B, zona/varicelle (58).

Le monde médical fait donc face à un nombre croissant de personnes invitées à se faire vacciner contre ces deux maladies, avec néanmoins des patients diabétiques, encore insuffisamment vaccinés. Ce constat interpelle sur les raisons de cette insuffisance vaccinale en France.

V. UNE HESITATION VACCINALE GRANDISSANTE

L'hésitation vaccinale est définie, par le groupe stratégique consultatif d'expert (SAGE) de l'OMS, qui s'occupe des vaccins et de toutes les maladies évitables par la vaccination, comme le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination, voire l'acceptation de la vaccination avec des doutes sur sa sécurité et ses avantages (2,59). Elle remplace petit à petit la catégorisation antérieure d'individus « pro-vaccin » ou « anti-vaccin », et s'installe plutôt sur un continuum entre l'acceptation et le refus de vaccination. En outre, l'attitude des patients vis-à-vis de la vaccination varie selon le vaccin, le profil personnel et le contexte (60). Les baromètres santé de 2000 à 2017 ont permis d'observer une diminution progressive de l'adhésion de la population française à la vaccination, d'autant plus pour la VAG qui a recueilli le plus d'opinions défavorables en 2016 (devant la VHB) (61), et cela depuis la vaccination contre la grippe A(H1N1) en 2009, qui a déclenché une polémique en France, largement couverte par les médias et les réseaux sociaux (62). Cette hésitation est influencée par les connaissances, les expériences passées et également par le contexte historique, politique et socioculturel. La prise de décision partagée entre les professionnels de santé et les patients a tendance à donner plus de pouvoir aux influences du patient depuis quelques années (63).

Faire regagner une confiance dans la vaccination semble capital pour faire face à cette hésitation vaccinale, toujours d'actualité dans le contexte de pandémie à la Covid-19. Les informations apportées par la communauté médicale exercent un effet décisif sur l'attitude des patients à l'égard de la vaccination. Des informations positives et de qualité sont essentielles (64), et ce, de la part de chaque professionnel de santé.

VI. L'ENTREE EN JEU DES AUTRES ACTEURS DE SOINS DE PREMIER RECOURS DANS LA VACCINATION

Les médecins, les infirmiers et les pharmaciens sont des acteurs clés dans le parcours de soins des patients, notamment chez les patients diabétiques pourvoyeurs de soins. Les MG ont un rôle central dans la vaccination des patients, du fait de leur habilité à prescrire et à vacciner. Ils réalisent l'essentiel des vaccinations, même si les IDE ont également la compétence de pratiquer des vaccinations sur prescription médicale. Le Code de la Santé Publique attribue aux infirmiers une mission de participation à des actions de prévention et d'éducation dans le domaine des soins de premier recours (65), tout comme aux pharmaciens d'officine (66). De plus, ces deux acteurs sont souvent les premiers interlocuteurs des patients diabétiques sur leurs questions de santé et des alliés des autres professionnels de santé. Ils répondent à des besoins de proximité et de disponibilité.

Ainsi, pendant de longues années en France, pour être vacciné, le patient devait d'abord consulter son MG afin d'obtenir une prescription du vaccin puis aller le chercher en pharmacie et enfin prévoir un second rendez-vous avec son MG pour l'injection ou contacter un infirmier, habilité à effectuer des vaccinations uniquement sur prescription médicale. La complexité de ce parcours de vaccination pouvait être un frein à la vaccination.

Dès 2008, les IDE ont été habilités à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal sans prescription médicale, à tous les patients majeurs ciblés par les recommandations vaccinales en vigueur (en l'absence d'antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure), à l'exception de la primo-vaccination

(67). Puis le décret du 25 septembre 2018 a étendu leur autorisation de vaccination antigrippale à la première injection (68). Cela a permis d'attribuer une place plus importante aux IDE dans la VAG des personnes à risque, dont les patients diabétiques.

Concernant la VAG par les PO, une expérimentation a été lancée à l'hiver 2017 – 2018 dans certaines régions (Auvergne, Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine) puis étendue à deux autres régions, dont les Hauts-de-France à l'hiver 2018 – 2019 (69). Aujourd'hui, elle peut être exercée par les PO le souhaitant sur l'ensemble du territoire, et ce, depuis le 1^{er} mars 2019, pour les personnes majeures selon les mêmes modalités que les IDE. Pour vacciner, les PO doivent se déclarer auprès de l'ARS, exercer dans une officine respectant des conditions techniques adaptées et avoir bénéficié d'une formation dédiée (formation théorique et pratique) (70).

L'objectif de cette extension de vaccination aux autres professionnels de santé est de multiplier les occasions de vacciner les patients pour augmenter la CV antigrippale et de simplifier l'accès à la VAG.

Qui plus est, dans le contexte actuel de pandémie à la Covid-19, un décret du 4 mars 2021 élargit d'avantage les compétences des IDE et des PO en matière de vaccination, en leur ouvrant la vaccination contre la Covid-19 (71).

VII. OBJECTIF DE RECHERCHE

Face à ce constat d'insuffisance vaccinale chez les patients diabétiques, la SFD a émis un référentiel en février 2020, concernant la vaccination de la personne diabétique, destiné à sensibiliser les professionnels de santé (72). Ce travail a été réalisé suite à une enquête auprès de patients (58) et une seconde auprès de diabétologues, MG, PO et de paramédicaux dont des IDE, membres de la SFD, via un questionnaire adressé par mail. Cette dernière enquête a évalué quantitativement l'opinion des soignants vis-à-vis de la vaccination des patients diabétiques, leur implication et leur position dans celle-ci ainsi que leur niveau de connaissance. La majorité des soignants était favorable à la vaccination, qu'ils considéraient pour certains comme un devoir professionnel, notamment pour la VAG, alors que d'autres émettaient des doutes vis-à-vis de cette vaccination. Certains professionnels de santé étaient intéressés par une formation centrée sur la vaccination des patients diabétiques mais pour la grande majorité, c'étaient les MG qui devaient aborder la vaccination auprès des patients, se sentant eux-mêmes mal à l'aise pour parler des bénéfices et des risques de la vaccination (73).

Dans ce contexte d'insuffisance de VAG et de VAP chez ces patients diabétiques à risque d'infections sévères, l'hésitation vaccinale croissante des patients ne semblait pas être la seule responsable. Il était intéressant de prendre connaissance du vécu et des représentations de chaque professionnel de santé, en tant que principaux acteurs dans ces vaccinations. L'approche qualitative par le biais d'entretiens individuels le permettait. Aucune étude qualitative interrogeant conjointement les MG, les PO et les IL n'avait encore été réalisée, ce qui faisait l'originalité de ce travail.

On pouvait donc se demander quelles étaient les raisons apportées par ces différents professionnels de santé pour expliquer l'insuffisance de CV antigrippale et antipneumococcique chez les patients diabétiques.

L'objectif principal de cette étude était d'expliquer l'insuffisance de CV antigrippale et antipneumococcique chez les patients diabétiques dans le Cambrésis.

D'autre part, l'objectif secondaire était de mettre en évidence des pistes d'amélioration de ces CV.

MATERIELS ET METHODE

I. LA POPULATION CIBLE

La population cible était les MG, les PO et les IL du Cambrésis.

II. LE TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée était une étude qualitative par théorisation ancrée, menée par un focus group et par entretiens individuels semi-dirigés, permettant d'explorer le vécu et le ressenti de chaque participant, et d'apprécier la qualité des interactions et des émotions qui les relient.

L'analyse progressive des données a permis de mettre en évidence des thèmes qui ont ensuite été mis en relation afin de créer une théorie et de mieux comprendre le phénomène étudié.

L'étude a été menée en respectant le guide d'analyse qualitative COREQ (74).

III. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Un premier guide d'entretien a été initialement élaboré par le chercheur (Annexe 2) et testé lors d'un focus group de MG, en décembre 2019, au sein d'un groupe qualité du Cambrésis. Cela a permis au chercheur de prendre des distances vis-à-vis de ces aprioris concernant le sujet et d'actualiser le guide d'entretien.

Un entretien exploratoire a ensuite été mené en février 2020 auprès d'un MG afin d'expérimenter le guide d'entretien et de l'ajuster.

Trois guides d'entretien ont finalement été rédigés, un par profession de santé, comprenant chacun neuf questions.

Une dixième question a été rajoutée à chaque guide d'entretien (Annexe 3), à partir du mois de juin 2020, en lien avec l'épidémie Covid-19, pouvant influencer le ressenti des participants face à la vaccination.

IV. LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Le recrutement des participants a débuté en décembre 2019 et s'est achevé en octobre 2020.

Pour réaliser l'échantillonnage, les villes du Cambrésis ont été classées dans un tableau et assimilées à un numéro par ordre alphabétique. Dans chaque ville, ont été répertoriés les professionnels de santé y exerçant leur activité (MG, PO ou IL) et numérotés par ordre d'apparition sur le moteur de recherche Google[®]. Ces informations étaient accessibles à tous sur internet.

Un tirage au sort manuel a été réalisé par une personne extérieure à l'étude afin de sélectionner des villes d'exercice. Premièrement, huit villes ont été choisies pour chaque profession et s'ils y exerçaient plusieurs professionnels de santé, un second tirage au sort était réalisé afin d'échantillonner un seul professionnel de santé par ville. Une liste de huit participants a donc été réalisée pour chaque profession.

Au cours de l'étude, un second tirage au sort a été réalisé suite à la non participation de certains participants (refus de participation ou professionnels n'exerçant plus leur activité lors du recrutement). Six villes étaient alors choisies pour chaque profession et un second tirage au sort était également appliqué, comme précédemment, afin de sélectionner un seul professionnel de santé par localité.

Les participants ont été contactés par ordre de tirage au sort.

Chaque professionnel de santé a été joint en personne par téléphone et il lui a été expliqué les modalités de l'entretien, sauf pour cinq MG, pour lesquels les informations ont été transmises à leur secrétariat.

V. CRITERES D'EXCLUSION

Ont été exclus des entretiens individuels les MG ayant déjà participé au focus group.

VI. INFORMATION ET CONSENTEMENT

Les informations concernant le déroulé de l'entretien (Annexe 4) ont été données dès le premier contact avec les professionnels de santé, notamment l'enregistrement et l'anonymisation des données, mais aucune information n'a été communiquée sur le sujet de la thèse. Il a été proposé aux participants de recevoir une lettre d'information complémentaire par mail, cependant aucun n'a souhaité la recevoir (Annexe 5).

Le consentement oral a été constitué par l'absence d'opposition après un rappel du droit d'opposition au début de l'enregistrement. De même, les participants étaient informés d'un droit de rétractation à tout moment.

VII. REFUS DE PARTICIPATION

Le refus de participation a été clairement établi par quatre PO, un MG et une IL en énonçant un manque de temps. Deux entretiens auprès d'IL n'ont pu être menés du fait de leur absence à l'heure convenu pour le rendez-vous, considérée ainsi comme un refus.

A été également considéré comme refus, tout contact auprès de professionnel de santé sans réponse ou retour de leur part, après un délai de trois semaines de réflexion et après deux tentatives de contact. Cela a concerné trois MG et une IL.

VIII. LES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés en présence des participants jusqu'au 15 mars 2020, en respectant le lieu de leur choix (soit le cabinet médical pour les MG, la pharmacie d'officine pour les PO ou le domicile pour les IL).

A compter du mois de juin 2020, en raison des recommandations sanitaires liées à l'épidémie Covid-19, il a été proposé aux participants d'effectuer l'entretien par téléphone ou sur le lieu de leur choix en fonction de leur préférence. Ainsi, trois entretiens médecins, deux entretiens infirmières et quatre entretiens pharmaciens ont été réalisés en présence des participants, sur un total de quinze entretiens.

Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention de la suffisance des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse des entretiens n'apportait plus de nouveaux éléments permettant de faire évoluer la théorie. Pour la confirmer, trois entretiens supplémentaires ont été réalisés, un pour chaque profession de santé.

IX. LE RECUEIL DES DONNEES

Dans le but d'une retranscription optimale et complète des données, les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone de marque Sony®.

A la fin de chaque entretien, un questionnaire très succinct permettait au chercheur de recueillir les principales caractéristiques du participant. Celles-ci ont été détaillées

dans le Tableau 2 de la partie RESULTATS.

Les enregistrements audio ont été retranscrits *ad-integrum* à l'aide d'un ordinateur portable Packard Bell® et du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®, en anonymisant les données.

Les retranscriptions, appelées *verbatim*, ont par la suite été enregistrées sur un disque dur externe chiffré, avec cryptage via le logiciel Veracrypt®.

Aucun des participants n'a souhaité recevoir le verbatim de son entretien après proposition.

X. L'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a été réalisée par codage manuel du focus group et de chaque entretien.

Initialement, une micro-analyse du focus group a été réalisée par le chercheur, accompagné d'un second investigateur, lors d'une séance de « remue-méninges », afin de leur permettre de s'immerger dans la question explorée et de prendre des distances vis-à-vis de leurs présupposés concernant celle-ci. Une schématisation des différentes pistes d'ouverture a ainsi été réalisée par le chercheur (Annexe 6).

Puis dans un premier temps, l'analyse a débuté par un codage ouvert, mettant en avant le vécu, les émotions et les expériences des participants, sous la forme d'étiquettes et de propriétés. Il a été réalisé par le chercheur et le second investigateur, sans concertation au préalable pour confrontation, afin d'obtenir une triangulation des données.

Il a été complété par la suite par un codage axial afin de regrouper et de faire le lien entre les différentes propriétés obtenues lors du précédent codage. Ce dernier a

permis la création de catégories conceptuelles.

Puis un codage sélectif a été mené afin de sélectionner les éléments les plus pertinents, se rapprochant le plus de la problématique de recherche, et d'articuler les différentes catégories obtenues sous la forme d'un schéma, appelé modélisation. Cette représentation schématique a permis de faire émerger une nouvelle théorie.

XI. JOURNAL DE BORD

Un journal de bord a été tenu et a servi de support réflexif au chercheur pendant toute la durée de l'étude. Il lui a permis d'analyser sa propre posture de travail et de recenser son cheminement sous forme de notes.

Des extraits sont disponibles en Annexe 7.

XII. ETHIQUE

Une déclaration de conformité a été réalisée auprès de la CNIL sous la référence registre DPO 2020-108.

L'étude n'a pas nécessité l'obtention d'un accord par le Comité de Protection des Personnes.

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Le focus group, réalisé le 17 décembre 2019, réunissait cinq MG appartenant à un groupe qualité du Cambrésis dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-dessous.

<u>Participant</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>Type d'activité</u> rurale / semi-rurale / urbaine	<u>Mode d'exercice</u> seul / en groupe / MSP	<u>Année de thèse</u>
MG1	Homme	/	Semi-rurale	Seul	/
MG2	Femme	40 ans	Semi-rurale	Cabinet de groupe	2006
MG3	Femme	43 ans	Urbaine	Cabinet de groupe	2004
MG4	Femme	41 ans	Urbaine	Cabinet de groupe	2006
MG5	Homme	37 ans	Urbaine	Cabinet de groupe	2011

Tableau 1 : Caractéristiques des participants du focus group

Concernant les entretiens individuels, quinze participants ont été interrogés entre février 2020 et octobre 2020. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous.

<u>Participant</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>Type d'activité</u> rurale / semi- rurale / urbaine	<u>Mode d'exercice</u> seul / en groupe / MSP	<u>Année de thèse / Nombre d'années d'exercice</u>	
Médecins généralistes	MG6	Homme	66 ans	Semi-rurale	Seul	1980
	MG7	Homme	56 ans	Semi-rurale	Seul	1997
	MG8	Homme	38 ans	Rurale	Seul	2016
	MG9	Femme	55 ans	Semi-rurale	Seule	1990
	MG10	Femme	53 ans	Rurale	Seule	1993
Pharmaciens d'officine	PO1	Femme	51 ans	Rurale	En groupe	21 ans
	PO2	Homme	60 ans	Rurale	MSP	35 ans
	PO3	Femme	52 ans	Semi-rurale	En groupe	27 ans
	PO4	Femme	37 ans	Urbaine	En groupe	10 ans
	PO5	Femme	49 ans	Rurale	Seule	23 ans
Infirmières libérales	IL1	Femme	45 ans	Semi-rurale	Cabinet de groupe	22 ans
	IL2	Femme	44 ans	Semi-rurale	Seule	3 ans
	IL3	Femme	30 ans	Urbaine	Cabinet de groupe	8 ans
	IL4	Femme	56 ans	Semi-rurale	Cabinet de groupe	29 ans
	IL5	Femme	39 ans	Rurale	Cabinet de groupe	15 ans

Tableau 2 : Caractéristiques des participants des entretiens individuels

II. MODELISATION

L'analyse des *verbatim* grâce au codage à trois niveaux a permis d'élaborer une théorie schématisée par la figure ci-dessous.

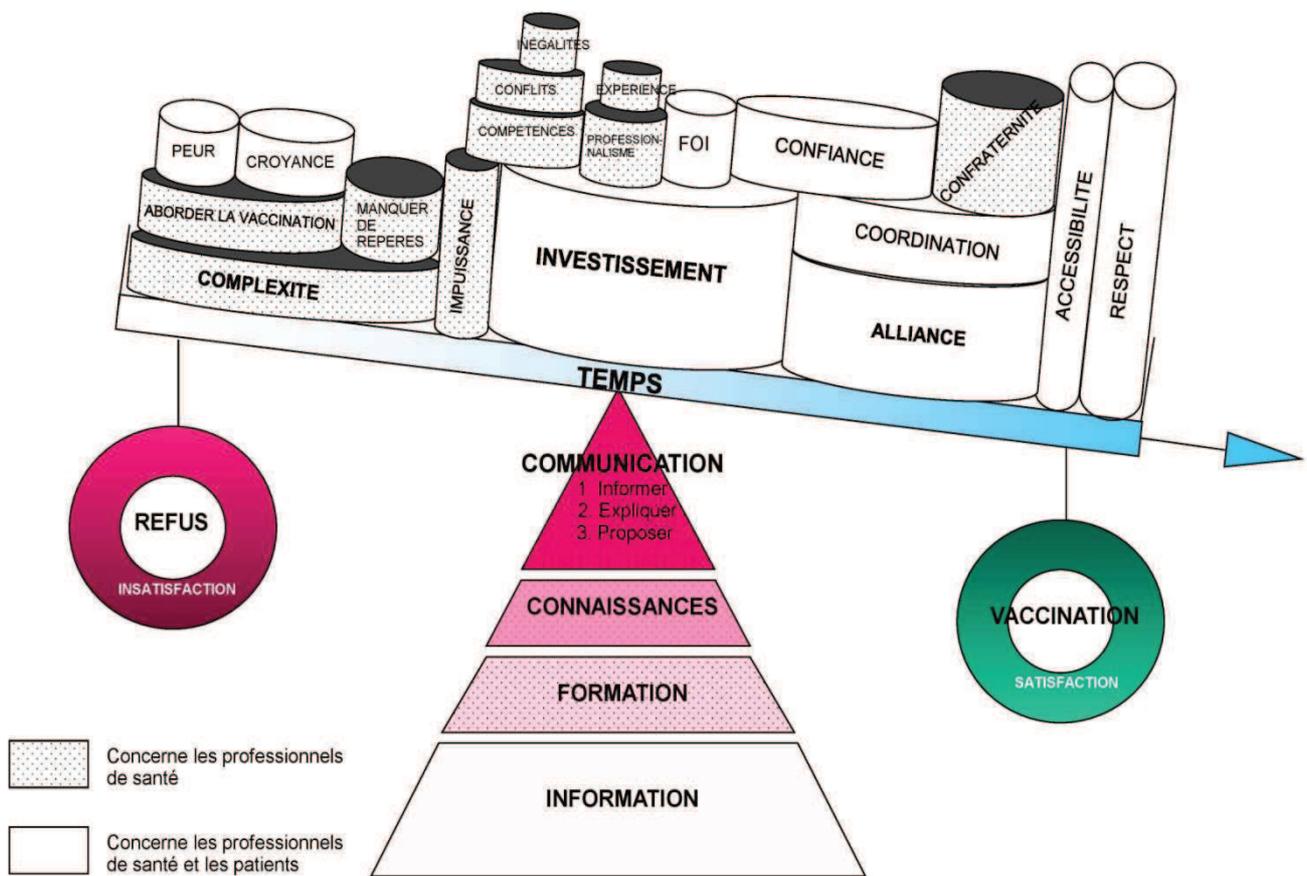


Figure 1 : Modélisation des résultats

III. LA COMPLEXITE DE LA VACCINATION DES PATIENTS DIABETIQUES

A l'évocation de la vaccination, en plus de la notion de prévention, la complexité de la vaccination était abordée par les professionnels de santé.

MG1 : « Une prévention des maladies les plus répandues en France. »

MG2 : « Moi, ça m'évoque aussi la prévention, euh... Dont de nombreuses maladies. Aussi une possibilité de rebondir sur, euh... Certaines pathologies et sur d'autres formes de prévention. »

MG3 : « Alors, donc, bah pareil euh... Prévention, calendrier vaccinal, rappels et la prise de tête avec les rappels... »

1. L'ABORD COMPLIQUÉ DE LA VACCINATION

La difficulté de la vaccination résidait essentiellement dans l'approche de la vaccination avec les patients.

PO5 : « Le calendrier vaccinal, euh... Il change pas tout le temps. Bon là il a changé avec les 25 etc... Mais c'est pas, pas très compliqué. Ouais. C'est plutôt aborder, pour pouvoir aborder le... Le sujet avec les gens. »

D'autant plus pour aborder la VAG.

MG7 : « Alors, pour la grippe, c'est peut-être là où c'est le plus dur. »

MG8 : « C'est plus pour le vaccin pour la grippe quoi, fin contre la grippe, où des fois y a des résistances. Pff... »

Ils faisaient parfois face à un manque de réceptivité du patient.

PO2 : « Il faut un public qui soit réceptif aussi. C'est autre chose. »

2. UNE GESTION DIFFICILE DU REFUS VACCINAL

Aborder un patient opposé à la vaccination était compliqué.

MG10 : « Et après, tout récemment, j'ai quand même eu un souci, un petit, un souci avec euh... Là pour le coup, une patiente, qui ont emménagé dans le Nord depuis un an et demi, où là je sens bien qu'euh... Elle est contre la vaccination et c'est un... C'est compliqué quoi. C'est euh... Mais bon c'est... Là c'est un peu compliqué. »

Parfois, le refus était considéré comme un obstacle, source d'ambivalence, entre embarras et dérision, comme pouvait le faire sous-entendre le rire.

MG7 : « Le « non ». Rire. Le refus, le refus de la vaccination. »

3. UN CLIMAT DE PEUR

Les professionnels de santé assimilaient également la vaccination aux polémiques de vaccination, ce qu'ils regrettaient.

MG1 : « Euh, la polémique... La polémique des médias, de la population générale. »

MG5 : « Malheureusement, le premier mot qui me vient c'est polémique. Et je dis ça, malheureusement, parce qu'on devrait plus penser à protection et prévention. »

La vaccination était installée dans une atmosphère de peur, ressentie par les patients, mais parfois également par les MG en consultation.

MG1 : « Une certaine angoisse, cette peur aussi que l'on ressent beaucoup en consultation. »

La peur des patients était orientée sur la composition du vaccin ou sur la piqûre en elle-même, nécessitant de prendre du temps pour vaincre cette peur.

IL4 : « Euh... La peur du vaccin. » « Parce qu'on leur injecte un peu de maladie, on sait pas ce qu'on injecte. Euh... Y en a encore des gens comme ça. »

MG9 : « Bah c'est toujours la piqûre en soit. Parce que les gens, ils aiment pas les piqûres. »

MG10 : « Plus par rapport à la piqûre en fait là pour le coup. » « Plus par rapport au fait de faire l'injection en fait. »

« Je dis « Je vais quand même pas aller chercher mon collègue pour te tenir pendant le temps que je fais le vaccin quand même ». Et puis voilà. A force de parler, de parler, de parler, à la fin j'ai réussi à lui faire. Mais voilà, c'est les... Les difficultés c'était plus dans... Dans la peur de certains patients. Voilà, de la piqûre en fait. »

La peur différait selon le vaccin. La vaccination contre l'hépatite B et la VAG entraînaient généralement plus de craintes et de méfiance des patients, contrairement à la vaccination antitétanique, bien acceptée par les patients.

PO4 : « On va dire que normalement le tétanos est une vaccination que les personnes n'ont pas la peur mais qui des fois oublie au fil du temps. »

IL1 : « Les gens ont peur de se faire vacciner, surtout pour la grippe. Il y a eu une année assez difficile, par rapport à ça, hein... Ça a été assez compliqué, je pense que dans, chez certaines personnes, ça reste dans l'esprit, et ils préfèrent s'abstenir, que plutôt de le faire. »

Mais la peur de certains vaccins semblait s'étendre à d'autres vaccinations.

PO5 : « Ouais, l'hépatite B ça fait peur aux gens. Et du coup, par dérivation ça fait peur aussi pour les autres vaccins. »

Les informations alarmantes des médias alimentaient ce climat de peur.

PO5 : « Et pis alors les médias qui nous en rajoutent à chaque fois. Donc avec les excipients. Donc il faut leur dire que dans les vaccins de la grippe, y a pas d'excipients donc y a pas de risque. »

Certains accusaient la mésinformation véhiculant la peur dans les médias d'être responsable de l'insuffisance vaccinale.

PO5 : « Moi je pense que c'est la désinformation des vaccins. Fin, on a fait trop peur aux gens avec les vaccins. C'est quand même grave de faire ça. C'est ça le problème. Y a rien d'autre hein. Il suffit de faire peur aux gens et après c'est tout, ils le font plus. »

MG9 : « Il y a une réticence pour, par rapport aux vaccins de la part du patient. Bon, à mon avis, c'est l'internet, c'est les médias. Voilà. Ils sont mauvais, mal informés ou ils comprennent pas. »

A l'inverse, la peur des patients à risque pour l'infection à la Covid-19 faisait constater aux professionnels de santé une adhésion plus forte de ces patients à la VAG.

IL4 : « En général, les hypertendus, les obèses, les diabétiques, les immunodéprimés par le cancer, les personnes âgées, elles ont peur, hein. Elles ont très très peur. Donc euh... Elles sont hyper-vigilantes. Hyper-vigilantes. Je pense que ces gens là, ce sont ceux qui sont en train de me téléphoner en disant « Je vaccine tout de suite, je vaccine tout de suite, je vaccine tout de suite. » »

IL5 : « Euh... On en aura sûrement encore plus. Si vous parlez que diabétiques, je pense qu'ils vont se faire vacciner euh... Ils vont faire plus attention à la vaccination de la grippe. Mais pas que les diabétiques. Je vois déjà que j'en ai plus. »

Certains professionnels de santé utilisaient cette peur pour inciter les patients à se faire vacciner.

MG10 : « Qui avant hésitaient, j'en ai beaucoup. Je leur ai dit « Bah cette année, vous allez le faire quoi, fin... ». Alors là, c'est là où on est un peu... Où on dit les choses comme on a envie de les dire pour qu'ils le fassent fin... »

En outre, certaines craintes étaient ressenties par les professionnels de santé eux-mêmes. Ils évoquaient leur crainte de la recrudescence des maladies protégées par la vaccination :

PO2 : « Mais par exemple, euh, il faut savoir qu'il y a une recrudescence des maladies, les maladies qu'on avait quasiment éradiquées, et pis, ça se redéveloppe. Imaginez demain qu'il y ait une épidémie de variole, vous n'avez pas été vaccinée, moi non plus puisque je faisais partie de la première année où c'était plus obligatoire, et bien, on peut imaginer que ça va être catastrophique. »

La crainte des conséquences légales d'un refus de vaccination :

MG7 : « Je note dans le dossier, je marque refus du vaccin. Parce que je pense que c'est important, voyez, ça je pense qu'il faut qu'on y pense car on pourrait être embêté dans l'avenir à cause de ça. »

Mais également, la crainte d'une réaction néfaste suite à l'acte de vaccination.

PO5 : « En fin de journée, il me rappelle, il me dit « Oui, je suis venu ce matin pour la vaccination... ». J'ai fait « Mon Dieu, qu'est-ce qui se passe ? ». Et en fait nan, il voulait juste commander un produit qu'il avait oublié de me dire. Rire. J'ai dit « Vous m'avez fait peur, j'ai cru qu'il y avait un problème » ». « Rire. Donc bon, ouf ! »

4. DES PATIENTS DIABETIQUES COMPLEXES

La complexité de la prise en charge des patients diabétiques était revendiquée par les MG et apparaissait comme un obstacle à la vaccination.

MG3 : « Mais c'est parce qu'on est noyé dans le nombre de trucs à faire. »

MG2 : « C'est le problème chez le diabétique, c'est que c'est compliqué. »

MG4 : « Il y a beaucoup de choses à vérifier. »

MG7 : « Je pense que ce sera plus difficile chez les diabétiques parce qu'il va falloir leur expliquer tout ça et chez les diabétiques, on a déjà beaucoup de choses à expliquer, c'est un truc en plus. »

De plus, la prise en charge des patients diabétiques était essentiellement assurée par les MG, devant la difficulté rencontrée pour faire intervenir les diabétologues.

MG7 : « Et je pense que la diabéto, bah, fin l'endocrino, la diabéto et la thyroïde, c'est la majorité des cas, c'est vous qui allez les voir en médecine générale. Donc faut être au top en diabéto. » « Oui, les diabéto, j'avoue j'ai des patients diabétiques qui voient le diabéto une fois tous les 2 ans ou tous les 3 ans, parce qu'entre deux, on arrive pas à avoir le rendez-vous ou le rendez-vous c'est un an après ou un an et demi après donc le temps qu'on prenne la décision... »

5. UN MANQUE DE REPERES

Ne pas connaître l'information qui a déjà été donnée au patient pouvait rendre improductif le professionnel de santé dans son rôle de vaccination.

PO2 : « Le problème, c'est que au départ, le problème c'est qu'on sait pas si l'information n'a pas été donnée par le médecin... »

Il semblait important de garder la trace du message donné au patient et de la partager aux autres professionnels de santé.

PO2 : « Et c'est dire là le message a été donné. Et donc, l'autre intervenant il va savoir qu'il a été donné, il pourra éventuellement entasser le clou ou le faire suivre d'actions. Mais, être sûr que la population cible soit dans sa quasi-totalité impactée par le message. »

L'insuffisance de vaccination se justifiait en partie par le manque de suivi des vaccinations à l'âge adulte. Les professionnels de santé étaient en difficultés pour connaître le statut vaccinal des patients, notamment vis-à-vis de la VAG.

MG3 : « Donc, c'est un problème d'outil. Le carnet de vaccination chez les petits mais chez les adultes, il y a un problème de suivi, même eux ils ne connaissent pas leur date de vaccination. »

MG6 : « C'est complètement dilué, on a plus aucune portée ni aucune action au niveau de la vaccination contre la grippe, hein. Impossible de savoir où les gens en sont. »

Certains utilisaient le carnet de santé ou le dossier médical du patient pour connaître son statut vaccinal, alors que d'autres souhaitaient accéder à celui-ci.

IL4 : « Toutes les personnes qui ont un carnet de santé, y a des médecins, je le note. » « Moi je le note dans le dossier de soin du patient, hein. Puisque je fais des classeurs pour les patients qui sont chroniques. » « C'est de là que je vois tous les... Le vaccin pneumocoque etc... On met le... On met le pneumocoque en même temps que les vaccins antigrippaux. »

MG6 : « Les vaccins je les mets au fur et à mesure sur le dossier médical des gens, donc ça me permet de revoir facilement où ils en sont. »

PO3 : « Mais ce qu'il faudrait c'est que les pharmaciens puissent, euh... Comment ? Pas contrôler, mais euh... Comment ? Avoir une vue, quoi, sur le carnet de santé et puis conseiller les personnes, essayer de les orienter vers la vaccination, vers le médecin, hum... »

Ils remettaient en cause la pérennité du traçage des vaccinations chez les adultes.

Le carnet de santé était critiqué, jugé comme un outil insuffisant.

IL4 : « Le carnet de santé est quand même relativement étroit. Rire. Quand ça fait 15 ans que je vaccine les gens, bah y a plus de place, hein. »

Ils regrettaient de ne pas jouir d'outils professionnels pour suivre le statut vaccinal du patient et aider à penser à la vaccination, tels que des outils papiers ou informatisés, permanents et partagés avec les autres professionnels de santé.

IL4 : « D'avoir une fiche de vaccination. Il suffit de... Y aurait... Le patient il aurait déjà, le patient diabétique aurait une... Je vais pas dire le carnet de santé parce que le carnet de santé, euh, il est pas suivi. Mais ne serait qu'une fiche vaccinale comme ça, bah on le verrait. Chaque année... Chaque année on le fait ressortir. » « Que ce soit l'infirmière, que ce soit le médecin traitant. »..

MG1 : « Et moi, ce que j'ai, ce que j'attends beaucoup d'un élément qu'on nous a fourni, d'un outil qu'on nous promet de nous fournir dans un court terme, c'est le DMP, où on pourra effectivement publier l'ensemble des vaccins des patients qu'on suit et qui pourront au moins avoir une pérennisation de ce suivi, même si c'est plus le médecin généraliste qui suit, même eux auront toujours, toujours, toujours accès à leur vaccination. »

MG5 : « On peut se servir d'outils multimédias, le DMP, toujours pour en revenir au DMP, on pourrait très facilement créer des alertes dans le DMP, on met la carte vitale du patient, y a une alerte, paf c'est le moment de faire le pneumocoque chez le diabétique. »

PO3 : « Mais c'est vrai, peut-être faire un carnet de vaccination sénior sur lequel ça serait noté, comme ça au moins on le saurait si ça a été réalisé dernièrement ou pas. »

D'autres envisageaient la possibilité de recourir à l'assurance maladie pour connaître le statut vaccinal des patients sur la VAG.

IL4 : « Déjà si la sécu gardait les bons vaccinaux, elle pourrait relever les patients qui sont, qui ne sont pas vaccinés. Le médecin, lui, il est pas censé savoir que j'ai vacciné tartempion. » «Au niveau de la sécurité sociale, elle peut faire un relevé des personnes qui ont été vaccinées et non vaccinées. Et faire un retour chez le médecin. »

IV. UN INVESTISSEMENT DIFFERENT DANS LA VACCINATION

1. DES PROFESSIONNELS DE SANTE ENGAGÉS

Les professionnels de santé accordaient une grande place à la vaccination.

MG2 : « C'est un point important de la médecine générale. »

PO3 : « Bah elle est essentielle, essentielle... Faut absolument développer ça... »

La plupart se sentaient concernés et s'engageaient dans la vaccination :

MG9 : « Je suis très vaccin en général. »

MG7 : « Oui, c'est super important. J'y accorde, euh, beaucoup de temps et d'attention, on va dire. » « Faut vacciner ! A fond ! Vaccinons, vaccinons. »

Certains saisissaient toutes les occasions pour vacciner ou en parlaient dès qu'une situation s'y prêtait. Ils incluait la vaccination dans leurs prises en charge quotidiennes pour y penser et y faire penser à leurs patients.

MG6 : « Moi je vaccine systématiquement ce que je peux. Dès que je peux piquer, je pique, hein. »

MG9 : « Mais bon moi je les fais de toute façon, à chaque fois quand j'ai l'occasion de vacciner. »

IL3 : « Bah lors de nos passages habituels, euh, on fait de la prévention. »

IL1 : « Après on fait aussi de la prévention, fin, de la prévention, on incite aussi les gens à penser à se faire vacciner quand on les croise, quand on fait les soins autres que le vaccin. »

D'autres professionnels ne se sentaient concernés que par la délivrance des vaccins et la VAG.

PO3 : « Parce qu'au-delà de la délivrance, nous on fait que de la délivrance de vaccins pour le moment. Mais c'est vrai que, euh... A part le vaccin antigrippe qu'on peut faire, les autres on peut pas les faire, donc euh... »

IL1 : « Euh, bah écoutez, la vaccination déjà on est concerné, euh, surtout par rapport à la grippe. Euh, les autres vaccins, c'est un acte médical. »

IL3 : « Et pour la vaccination grippale, pareil, on va stimuler les personnes qui sont fragiles. Mais sinon, pas plus que ça, sur les autres vaccins, on en parle pas plus. »

Pour respecter leur engagement, ils se rendaient disponibles et répondaient aux demandes des patients.

IL1 : « Donc déjà là, euh, on est concerné par rapport à la grippe. Donc euh... Bah les gens qui nous appellent, bah on y va. »

IL4 : « Je fais la vaccination antigrippe à toutes les personnes qui me le demandent, qu'elles soient, euh, remboursées parce qu'elles ont un bon vaccinal ou qu'elles l'achètent elles-mêmes. »

P4 : « On a répondu à la demande. C'est-à-dire les gens ils voulaient être vaccinés, on les vaccinait. »

L'investissement d'une IL allait jusqu'à vacciner gratuitement, sans demander de rémunération en échange, afin de rendre gratuit l'acte de vaccination à tous.

IL4 : « Euh je le fais et je ne fais pas payer. » « Voilà, plus de 20 ans que je vaccine sans faire payer, parce que c'est mon acte. Euh... C'est des... Euh... Comment dire... Pour la prévention. » « Euh, je n'ai jamais fait payer l'injection, même si je me déplace. »

Certains étaient plus investis dans la VAG des patients en ALD.

PO3 : « Au moment de la grippe, quelqu'un qui est en ALD, quel qu'il soit, que ce soit le diabète ou une autre ALD, on conseille fortement. Là y a vraiment une action. » « Y a vraiment une action de l'équipe par rapport aux diabétiques, aux hypertendus, toutes les pathos ALD. En général, quand on a une personne ALD, on lui demande « Est-ce que vous avez reçu votre bon ? ». Voilà. On essaye de les engager dans le chemin de la vaccination antigrippale. »

Ils vaccinaient les patients qui recevaient un bon vaccinal par la sécurité sociale.

IL2 : « Fin la vaccination, c'est surtout la grippe en fait. Donc euh... La plupart des patients reçoivent le papier, donc euh... C'est des personnes âgées. Euh... Et puis, bah du coup, euh... Ils le font systématiquement et... Et voilà. »

Certains professionnels de santé faisaient preuve de motivation. Ils voulaient s'améliorer et considéraient pouvoir faire plus pour la vaccination.

MG2 : « Moi j'essaye de remettre à jour mes vaccinations, puisque notamment, par exemple, par rapport au pneumocoque, je pense que je dois m'élargir sur le nombre de patients à inclure dans la vaccination...Humm... »

MG7 : « Mais là, c'est à moi. J'avoue que je suis un petit peu en retard là-dessus mais je vais m'y mettre. »

PO3 : « C'est vrai que le pharmacien pourrait peut-être en parler davantage. »

En revanche, cette motivation pouvait fluctuer d'un jour à l'autre.

PO5 : « Pis des fois, y a des jours, on est plus fatigués et on n'a pas envie de se prendre la tête. « Vous vous faites pas vacciner, bah faites pas le vaccin pis c'est tout ». Pis y a des jours, on est plus en forme, là on arrive quand même à convaincre. »

La persévérance était également une caractéristique de ces professionnels engagés.

IL5 : « Bon y en a, au bout de quelques années, on y arrive, hein, mais... Rire.»

MG8 : « Fin on essaye, on essaye mais... C'est compliqué de leur faire entendre raison. »

Leur investissement était valorisé par leur optimisme. Ils gardaient espoir et n'abandonnaient jamais.

MG7 : « Au début, on était pas au taquet chez les enfants donc on s'y est mis petit à petit. Donc y a pas de raison pour qu'on n'y arrive pas chez le diabétique et le BPCO. Le BPCO c'est déjà bien en cours donc on le fera pour le diabétique. »

PO2 : « Le problème c'est qu'il faut pas baisser les bras. Il faut toujours aller de l'avant mais devant le... L'incommensurable, ça on a pas de vaccin malheureusement... »

2. UNE INSUFFISANCE D'IMPLICATION POUR D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

A l'opposé, certains professionnels de santé manquaient d'initiatives dans la vaccination et se cantonnaient aux tâches imposées.

IL1 : « Alors comment ? Les moyens ? Je sais pas. Euh... Quels moyens autres ? Non, je ne vais pas répondre vraiment. Je le pratique pas en fait. Je cherche pas, euh, des moyens supplémentaires pour vacciner d'autres personnes. C'est les gens qui viennent vers nous, euh. » « On va pas jusque-là pour le vaccin de la grippe. Pour moi c'est plus simple. Je m'occupe d'autres choses sûrement. » « Encore une fois, je me pose pas la question, je, euh... Je prends les soins qui viennent, mes patients, je continue à en parler positivement. »

Le manque d'envie pouvait parfois se faire sentir.

PO2 : « Puis, il y a des fois, on a pas envie, tout simplement. »

Certains reconnaissaient ne pas s'investir dans leur formation sur la vaccination, considérant que l'information devait être donnée par le MG ou la sécurité sociale.

IL 2 : « Bah on est censés avoir les dernières recommandations. Après, on les consulte pas forcément tout le temps. Donc c'est peut-être de ma faute, je suis pas au courant, c'est certainement de ma faute parce que je me suis pas renseignée. » « Je pense que, peut-être, en tant que futur médecin, vous leur direz de faire les vaccins. Rire. Mais oui, après, c'est la place, je pense, du médecin. Ils doivent recevoir un papier les diabétiques non ? »

3. UN MANQUE D'ENGAGEMENT DU COTE DES PATIENTS

Les professionnels de santé regrettaient le manque d'investissement de leurs patients dans la vaccination.

PO1 : « Moi j'estime que c'est important, maintenant, euh... Mouais... Je suis pas sûre que les gens soient, euh, vraiment convaincus de ça... Hum. Au début quand les enfants sont petits, ils font attention puis après ça part un peu dans les oubliettes. »

PO3 : « Après sinon quand on leur pose la question « Est-ce que vous êtes vacciné contre tel, tel, tel ? », ils ne savent pas en fait, donc bon. C'est peut-être ça qui sera un frein à la vaccination, le manque d'implication de la personne en fait, parce qu'ils savent pas vraiment l'intérêt de la vaccination. »

4. UN SENTIMENT D'IMPUISSANCE QUI DECOURAGE LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels de santé étaient impuissants devant la réaction des patients face à la vaccination.

MG6 : « Moi je faisais tout ce que je pouvais, mais bon... »

PO5 : « Fin... Là on peut pas lutter hein. Je vais dire là on peut pas lutter. »

Ils doutaient de leur réaction et des résultats du message qu'ils leurs transmettaient.

PO3 : « C'est tellement bizarre la réaction des gens des fois. »

PO2 : « Non, le problème, la difficulté, c'est de savoir quand on a fait passer le message, est-ce que le message sera bien reçu et sera suivi des faits ? Le problème, c'est qu'on ne peut pas, euh, comment dirai-je. Euh... C'est comme lorsque vous dites à quelqu'un qui faut aller passer une radio, bah s'il y va pas, il y va pas. A moins de le prendre par la main et d'aller le faire vous-même. Donc, c'est exactement pareil. On est jamais sûr que ça sera suivi des faits.»

Certains étaient déçus de la perte de confiance des patients envers les professionnels de santé.

PO5 : « Ils ont plus confiance en rien. En personne. Ni aux professionnels. Donc c'est... C'est comme ça. C'est compliqué. »

Alors que d'autres gardaient confiance dans le choix éclairé de leurs patients. Ils

étaient optimistes vis-à-vis de l'adhésion de leurs patients diabétiques à leurs vaccinations et à une potentielle VAP.

MG2 : « Globalement, ils sont assez adhérents aux propositions de vaccination. »

MG5 : « Oui, c'est des patients qui ont un suivi qui est déjà organisé sur pas mal d'autres items donc rajouter ça, ça ne pose pas de problème, je pense, chez le diabétique. C'est peut-être même un peu plus facile que chez le non diabétique ou le non maladie chronique. »

MG10 : « Fin voilà, si je leur propose, si je leur explique à quoi ça sert, ils vont être d'accord hein. »

Une PO considérait que la confiance des patients était supérieure pour le MG.

PO4 : « Bah en fait, ils sont rassurés par le pharmacien un petit peu mais ils sont plus rassurés si c'est le médecin qui l'a dit, quoi. »

Leur impuissance se faisait majoritairement ressentir devant la réticence de certains patients à la vaccination.

IL5 : « Ah bah y en a qui sont toujours réticents, hein. On a beau leur dire, euh, qu'ils ont 92 ans ou quoique ce soit. Si... Y en a, ils l'ont jamais fait, euh, ils le feront pas, euh... »

Ils contestaient le refus non argumenté des patients.

PO3 : « Ils savent pas toujours pourquoi mais elles sont opposées à la vaccination. Quand on leur demande pourquoi, elles ne savent pas trop expliquer. »

Et ils concluaient en acceptant ce refus pour éviter les conflits avec les patients.

MG7 : « Je pense qu'en général, j'incite beaucoup à le faire, s'ils refusent, je peux pas me battre avec eux non plus. Euh... Ils refusent, ils refusent. »

Ils se sentaient également désarmés devant le manque de rationalité des croyances populaires. Ils étaient découragés de constater que les patients accordaient plus de confiance aux informations médiatiques, plutôt qu'à celles du milieu médical.

MG8 : « Pff... Ils sont pas très, euh... Pas très rationnels. Fin souvent pas très rationnels quoi. Même en essayant de leur expliquer, euh, l'importance de la vaccination, euh, ils ont leurs préconçus et pis on a du mal à les faire euh... Je vais pas dire entendre raison mais euh... Les faire euh... Changer d'avis. »

PO5 : « A cause des médias, fin... Et pis surtout internet... Les... Tout... Les forums, là, où on a... Où on a laissé parler des gens qui sont pas des professionnels et comme c'est marqué sur le forum, c'est vrai! Mais ils vont pas vérifier si c'est quelqu'un d'intéressant. Fin d'ailleurs, y a qu'à regarder la phrase pleine de fautes, on voit que c'est pas un professionnel qui l'a écrite. Mais euh, ils voient pas les fautes, donc ils pensent que c'est vrai. »

Ils étaient résignés face à l'insuffisance de CV antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques.

MG6 : « Voilà. Ils sont pas bien vaccinés, oui, c'est tout. Voilà. »

Qu'ils reprochaient aux croyances des patients.

MG10 : « La grippe, fin, je sais pas. C'est vraiment des aprioris des gens, qui datent avant que moi je sois installée en fait. Rire. Du coup, je comprends pas quoi. Euh... Bah c'est eux, ils... Là ça vient vraiment du patient quoi. Ou il a l'exemple de quelqu'un, soit disant il a fait une mauvaise réaction. Bon il est pas décédé non plus, il est encore là pour raconter son histoire. Ou alors euh... Il s'est fait vacciné mais il l'a fait quand même donc ça sert à rien de le faire. C'est ça qu'ils disent, c'est ce que disent les gens donc euh. »

Mais également au sentiment d'invulnérabilité des patients. Selon eux, les patients diabétiques ne se considéraient pas à risque, d'autant plus si leur diabète était équilibré.

MG10 : « Pour les patients diabétiques, ils sont comme les autres. Ils se voient pas plus euh... Ils ont bien retenu quand on était âgé, si on était obèse mais pas... En plus moi j'ai de la chance d'avoir des patients diabétiques équilibrés, donc en plus

eux ils comprennent même pas... Fin ils... Le diabète c'est pas... Voilà ils... C'est vrai que... Ils... Ils voient pas pourquoi ils seraient plus à risque. » « Mais les patients souvent c'est ça. C'est, c'est pour les autres. Fin voilà. Eux ça va pas leur arriver. C'est... C'est à l'autre que ça va arriver mais pas à eux. »

L'obstacle à la vaccination pouvait venir également des professionnels de santé eux-mêmes. Ils devaient parfois faire face à la réticence de certains MG ou à des prescriptions médicales ne respectant pas le schéma vaccinal recommandé.

IL1 : « Les médecins ils ne sont pas pour non plus. Ca j'ai oublié de le dire aussi, c'est une barrière, un obstacle. »

PO4 : « Après on a beaucoup, à un moment où on parlait du Pneumovax, quand y a eu la redemande du Prevenar avant le Pneumovax. On a essayé de relancer. Ca, ça a été une difficulté car certains médecins n'ont pas voulu faire un Prevenar à certains patients. Ils ont préféré rester sur le Pneumovax, donc, on va dire y a pas eu... Euh, on a toujours eu... Une bonne entente mais, je pense qu'on essaye de faire passer des messages, après on relaye aux médecins parce que c'est à eux, c'est le plus gros rôle. »

Le manque de prescription de VAP était reproché aux MG par les IL et les PO, se sentant démunis devant leur impossibilité de prescription.

IL4 : « Le médecin. C'est le médecin qui... C'est le médecin qui prescrit le pneumocoque. »

PO5 : « On peut en parler mais on va pas le prescrire, on est d'accord ? Rire. Donc c'est plutôt aux médecins qu'il faudrait faire ces recommandations. Moi je l'ai en stock, hein, je peux le donner s'il est prescrit, c'est pas un problème. »

Cela était parfois expliqué par la désertification médicale.

IL3 : « Après peut-être un suivi médical un peu léger dû au manque de médecins qu'on a dans la région. »

5. CROIRE EN LA VACCINATION

Les professionnels de santé s'investissant dans la vaccination portaient un intérêt à la vaccination. Cela évoquait la notion de foi en la vaccination et en son efficacité.

MG9 : « Moi je suis très vaccin. Je recommande les vaccins et je les fais à chaque fois que... Que ça marche. » « Prévenar je l'ai fait même pour la prophylaxie... Le vaccin le Pneumovax pour... Contre la bronchite, ça marche super bien ! »

A l'inverse, certains professionnels de santé remettaient en doute l'efficacité de la VAG.

IL2 : « Je le fais rarement et à chaque fois que je le fais, j'ai la grippe. Donc euh... Rire. »

Leur scepticisme était dénoncé par les autres professionnels de santé.

IL1 : « Sur trois collègues du cabinet, limite on est deux sur trois à y croire, vous voyez. Donc, mes collègues, elles se vaccinent pas pour autant, fin une sur trois. Donc voyez déjà, même en temps qu'infirmière on y est pas forcément pour. »

De plus, l'adhésion à l'homéopathie antigrippale de certains patients voire même des professionnels de santé était considérée comme une difficulté pour certains professionnels de santé, qui dénonçaient ces méthodes sans fondement scientifique.

MG8 : « Bah les patients qui croient à l'homéopathie tout ça quoi. Ils veulent pas trop se faire vacciner pour la grippe. Je sais que tous les ans, c'est les mêmes qui reviennent pour leurs petits granules et pis difficile d'aborder la vaccination quoi, pff... »

IL1 : « J'ai pas pensé tout à l'heure, mais certains médecins, euh, ils sont plus pour l'homéopathie, euh, les trucs dont je ne crois pas trop à l'efficacité, enfin bon. »

IL4 : « Ou ils font par homéopathie. Hum... Pff... Ouais. »

MG7 : « Je pense que mes collègues en parlent régulièrement, ils veulent tous faire leur homéopathie là, dont j'ai oublié le nom... Influenzinum, voilà. Euh, pff... Bon moi j'y crois pas trop, eux ils y croient. » « Eux c'est dur parce qu'ils se sentent protégés par l'Influenzinum donc ils disent « je veux pas le faire, je fais l'Influenzinum ».

Je pense que l'année prochaine avec le déremboursement, ça va nous aider, parce qu'on pourra peut-être plus facilement faire le vaccin de la grippe. »

6. AVOIR CONFIANCE EN SES CAPACITES

La confiance accordée à leurs connaissances et leurs capacités permettait aux professionnels de santé d'avoir plus d'assurance dans la vaccination et de s'investir davantage. Ils n'exprimaient aucune difficulté.

IL1 : « Des difficultés ou obstacles ? Bah, y en a pas. Fin difficultés, obstacles... Hum... J'en vois pas vraiment. »

MG6 : « Des difficultés sur la vaccination... J'ai pas l'impression d'avoir, euh, ressenti de difficultés particulières pour les vaccins. »

Le fait de se sentir suffisamment informé des recommandations vaccinales, notamment sur la VAG, aidait à s'engager dans la vaccination.

PO3 : « Au moment de, toute façon, de la vaccination antigrippale, y a énormément de revues qui en parlent, de revues professionnelles. On a les labos qui renseignent également. Fin ça, on est quand même fort informés, oui. »

Certains médecins se sentaient à l'aise avec la VAP.

MG6 : « Euh, ça je fais, j'ai pas l'impression d'être gêné. Rire. Non, non, là, avec le nouveau schéma depuis quelques années avec deux injections, ça je le fais, oui. Ca ne me pose pas de problème, voilà. »

7. FAIRE PREUVE DE PROFESSIONNALISME

L'investissement de certains professionnels de santé était allégué en utilisant un discours de professionnel de santé.

IL1 : « Je les conseille, dans le sens où je leur dis toujours que c'est toujours mieux de le faire que plutôt de ne pas le faire, parce que même s'ils croisent le virus, au moins ils seront un petit peu plus immunisés. Ils la feront peut être moins forte ou pas du tout. Surtout si c'est des gens diabétiques, hypertendus, fin, avec des problèmes

cardio, cardio.... Hum... D'autres soucis. Euh, des gens plus faibles, hum... »

Ils portaient un intérêt professionnel à la vaccination.

MG6 : « Oui, ça fait partie de mon job quoi. Oui, je me sens concerné, euh, de vacciner les gens quoi. »

La VAG du professionnel de santé, lui-même, était parfois assimilée à la protection de ses patients.

IL4 : « Je la fais chaque année. Euh... Pour me préserver, pour préserver mes patients. »

Ils avaient conscience de la fragilité des patients diabétiques pour ces infections.

MG7 : « Faut les protéger les diabétiques, ils sont fragiles. »

IL1 : « Pis, par rapport au diabète, c'est certains ils sont beaucoup plus sensibilisés aux infections, aux germes donc ils pourraient faire une grippe qui se compliquerait peut-être plus facilement par rapport à leur pathologie. »

Leur professionnalisme passait par leur autoformation :

IL1 : « Là pour le coup, les infos, c'est nous qui allons les chercher si besoin. Sinon on les a pas forcément. »

PO2 : « Quant aux vaccinations, on est très peu informés, on va s'informer nous-même. »

Mais également par l'organisation de la vaccination. Ils orchestraient l'acte vaccinal pour être plus optimal.

IL4 : « Aussi les gens qui sortent leur vaccin le matin pis qui m'appellent le soir. Rire. » « Je prends le rendez-vous pour le vaccin, je me rends chez eux mais je leur dis de ne jamais sortir le vaccin. Je téléphone toujours ou je laisse un message une demi-heure avant. »

Un MG insistait sur l'importance de vérifier l'état de santé du patient avant la VAG.

MG9 : « Mais il faut faire attention que le patient soit en très bon état de santé, parce que ça c'est très important pour le vaccin antigrippal. S'il fait température ou quelque chose, après il se rend pas toujours compte, il prend du Doliprane comme ça, très souvent, ça cache la température, ça peut cacher une... Voilà. Une infection respiratoire aiguë. Il faut pas les vacciner quand c'est comme ça. »

Et ils profitaient de la VAG pour faire le point sur les autres vaccinations.

MG1 : « Justement, moi je profite souvent de faire la vaccination antigrippale de l'ensemble de mes diabétiques, parce que je les recommande vraiment fortement, pour mettre à jour les autres vaccins. Fin leur en parler et y penser surtout. »

PO4 : « Euh, bah, par exemple lors de la campagne de la vaccination contre la grippe qu'on a dû mettre en place, je vérifiais la vaccination déjà du tétanos. »

Ils faisaient preuve d'esprit critique sur leur pratique. Ils se remettaient en question, reconnaissaient leurs faiblesses et leurs oublis afin de s'améliorer.

MG10 : « A chaque fois on se redit « Bah est-ce que moi je fais bien ? Et puis comment je peux faire euh... Mieux ? » »

MG7 : « J'ai du mal avec mes diabétiques. » « Là j'avoue que c'est peut-être chez eux où je suis un peu en retard. »

Certains, malgré leur engagement dans la VAG, conseillaient l'homéopathie antigrippale en cas de refus vaccinal, faute de mieux.

IL5 : « Quand c'est comme ça, j'essaye de pousser pour avoir quand même un traitement homéopathique. Leur dire bon « Faites par homéopathie quand même ». Rire. » « Bah je leur dis quand même que ça serait quand même intéressant d'avoir une petite couverture homéopathique s'ils font pas le vaccin. »

En revanche, certains professionnels de santé ne prenaient pas en compte l'antécédent de diabète du patient dans sa prise en charge vaccinale, ne considérant

pas devoir avoir une démarche spécifique vis-à-vis des patients diabétiques. Souvent, ils les considéraient comme tout autre patient.

PO2 : « Non, pas plus. Pour moi, un patient diabétique est un patient souffrant d'une pathologie. Euh... Certes, quand il vieillit, il va perdre de l'immunité, il va devenir de plus en plus fragile mais qui ne mérite, fin, je sais pas comment m'expliquer. Y a des choses qui sont mises en place pour les diabétiques et par rapport à la vaccination, il y a pas plus pour un diabétique que pour un autre. »

PO5 : « Pareil que les autres. Je fais pas de différence. »

MG8 : « Spécifique ? Euh... Spécifique, non. Je les prends comme tous patients en ALD ou patients supérieurs à 65 ans qui doivent faire leurs vaccins, euh. »

Le lien entre diabète et vaccination n'était pas fait.

MG6 : « Non, c'est pour moi, c'est deux choses, deux entités différentes là, bon. »

Une PO regrettait son manque de rigueur professionnelle.

PO1 : « Oui, bah oui, parce qu'on fait pas toujours notre boulot comme on devrait. J'en suis là, wah, c'est triste. Non, mais c'est ça l'explication, faut pas chercher plus loin, hein, mea culpa. »

Et les MG admettaient omettre la prescription de la VAP chez les patients diabétiques, tout comme les PO reconnaissaient ne pas y penser.

MG2 : « Pour le pneumocoque, je pense que je suis pas, je couvre pas assez mes patients. J'y pense peut-être pas forcément assez systématiquement dans la consultation du diabétique. »

PO3 : « C'est vrai que l'antipneumococcique, elle est moins réalisée que celle, l'antigrippale. On est moins au taquet pour la proposer. C'est vrai que c'est peut-être moins développé. »

Et d'autres considéraient à tort que la vaccination avait déjà été faite, sans vérifier le statut vaccinal auprès du patient.

PO3 : « On se dit peut-être que ça a été fait. »

Le manquement du MG était établi et les connaissances de celui-ci remises en doute.

IL1 : « C'est des prescriptions. C'est par prescription médicale certains vaccins, donc, déjà peut être le médecin, il faudrait peut être qu'il y pense peut-être un peu plus souvent, systématiquement. »

PO2 : « Alors ça, je dirai qu'au départ il y a peut-être un défaut... Fin ça, vous allez en prendre plein la musette parce que le diabétique va forcément voir un médecin et là, c'est le rôle du médecin. Je pense qu'on a un rôle d'information mais le rôle majeur, c'est le médecin qui voit forcément le patient. »

PO5 : « J'étais pas au courant. Mais je sais pas si les médecins le sont non plus ? Rire. »

8. ETRE AIDE PAR L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

L'expérience des professionnels de santé leur permettait d'avoir des automatismes en matière de vaccination. Ils étaient systématiques et généralement ne se posaient pas de questions. Ils suivaient les schémas vaccinaux et les recommandations.

MG6 : « Je suis les recommandations, je pense... De, de l'HAS ou autres, je sais pas très bien mais je suis les recommandations, oui, tout à fait. » « Quand on le propose, bon, ça fait partie de la pratique, je me pose pas de questions. J'ai mon schéma en tête des vaccins puis je le fais, voilà. »

Ils pensaient systématiquement à la vaccination en regardant le carnet de santé des enfants.

MG3 : « Alors que dès qu'on te file le carnet de vaccination d'un enfant, tu vérifies les vaccinations. Parce qu'il y a l'outil. »

En revanche, ils avouaient manquer d'automatismes chez les patients diabétiques.

MG10 : « Chez le diabétique, c'est moins systématique dans... » « Donc moi j'avais pas cette euh... Démarche de le faire, de le proposer systématiquement. »

Même s'ils avaient déjà constaté les bénéfices de la vaccination, dont la VAP, dans leur pratique quotidienne.

IL1 : « Bah, on a pas vraiment d'information mais on sait que ça existe parce qu'on le pratique donc on sait que c'est toujours mieux de le faire pour des sujets sensibles. »

S'appuyer sur leur expérience leur permettait également de remettre en question les croyances populaires sur la vaccination.

MG10 : « Mais encore une fois, moi ça fait 25 ans que je suis installée et que je n'ai jamais eu un patient que j'ai vacciné qui a été malade comme ils décrivent. Voilà, comme ce que eux décrivent. C'était peut-être avant. En tout cas, moi, moi j'en ai jamais vu. »

Devant le constat de l'évolution de la vaccination, ils avaient conscience de devoir modifier leurs habitudes, mais ils admettaient avoir du mal à s'en défaire et les faire évoluer apparaissait compliqué.

MG6 : « Non, ça évolue. C'est vrai que les vaccinations évoluent. »

PO4 : « Je crois que l'année dernière on a beaucoup parlé des personnes à haut risque mais le pneumocoque, c'est notre tort de dire ou de penser aux personnes immunodéprimées, à risque respiratoire et c'est vrai qu'on pense pas aux diabétiques. Le problème c'est qu'on pense à beaucoup de choses, on reste focalisés sur d'autres. »

PO5 : « C'est compliqué de faire bouger les choses. Hein ?! Rire. »

V. L'IMPERFECTION DES PILIERS DE LA VACCINATION

1. UNE INFORMATION INCERTAINE

Les professionnels de santé considéraient que l'information sur la vaccination était insuffisante. Ils regrettaient leur manque d'information.

PO2 : « On est pas assez informés. »

PO4 : « Après on a pas eu toutes les informations. » « Moi j'ai fait un flyers pour le diabète, je vais être honnête, j'ai pas parlé de la vaccination. J'ai parlé des bilans, de la surveillance, encore les pieds et tout, mais pas de la vaccination. La vaccination, on nous en a pas encore assez parlé pour qu'on se dise « C'est important quoi ! », je pense. »

Selon eux, l'insuffisance de CV antipneumococcique reposait sur un manque d'information des professionnels de santé mais également des patients. Ils portaient de l'intérêt à une meilleure information.

IL2 : « Euh bah je pense qu'il y a un manque d'informations déjà et puis euh... Je sais pas. Un manque d'informations des deux côtés. Je pense. De notre côté à nous et de leur côté à eux aussi. »

PO3 : « Alors là ! Y a pas de pub, tout simplement je pense. La grippe, on en parle, on en parle. Aux infos, y a de la pub. Que l'autre non. Après, euh... Oui je pense que ça doit être une des raisons principales. »

MG10 : « Bah le pneumocoque euh... Je pense qu'il faudrait plus euh... Informer les médecins libéraux. Je pense que je suis pas la seule dans, dans, dans ce cas là. Euh, et pis sensibiliser les patients aussi euh... »

Ils constataient l'influence des informations médiatiques sur les patients, avec les médias considérés par certains comme ennemis de la vaccination.

MG7 : « Je pense que c'est ça le problème, je pense que les médias font beaucoup dans la décision des gens... »

MG9 : « Après c'est l'internet et voilà les médias, les conneries qui... Ils comprennent ce qu'ils peuvent. Rire. Par rapport à leur... Rire. Ca, c'est le pire ennemi de la vaccination. »

Ils dénonçaient l'influence des « anti-vaccins » surmédiatisés sur les réseaux sociaux et dans les médias, en dépit de la représentativité des « pro-vaccins ».

PO3 : « Alors, j pense que les anti-vax sur les réseaux sociaux font beaucoup de dégâts. Parce qu'on a beaucoup de personnes, du coup, qui sont opposées à ça. Ils savent pas toujours pourquoi mais elles sont opposées à la vaccination. »

MG7 : « Et je pense qu'on entend peut-être un peu trop les anti-vaccins que les pro-vaccins par les médias. Et ça c'est quand même un peu délétère et ça me désole. Mais bon... Dans les émissions, vous en avez certainement déjà vues, quand ils sont anti-vaccins bah y a personnes pour les contrer. »

Ils accusaient les informations apportées par les médias et les réseaux sociaux de manquer de caractère scientifique, et blâmaient le manque d'esprit critique des patients vis-à-vis de leurs sources d'information.

PO2 : « Le problème, c'est que les réseaux sociaux font énormément de tort et qu'il suffit que quelqu'un, c'est le problème de l'information de manière générale, des médias, ils font intervenir des gens qui n'ont pas de compétences scientifiques, ils se disent spécialistes mais ils sont absolument spécialistes de rien. Ils lancent un truc et c'est relayé par les médias, par les réseaux sociaux, etc... Et en fait, on critique à longueur de temps, qui sont pas vérifiés et qui sont pas vérifiables. »

PO5 : « Les gens ils croient tout savoir sur tout. Sur internet, ils ont vu que trucmuche avait dit que c'était... Voilà. Rire. Donc du coup, c'est ça ! »

Pour faire face à la mésinformation, les professionnels de santé désiraient être documentés par des sources scientifiques. Ils évoquaient la possibilité de bénéficier d'une information directement par la sécurité sociale sur la VAP, comme elle existe déjà pour la VAG.

IL5 : « Bah nous, faudrait déjà qu'on soit informés par euh... La sécurité sociale. Euh... Là on a eu une campagne, fin, on reçoit... On reçoit un mail pour le... Pour la grippe. Il devrait faire la même chose. »

Ils souhaitaient être informés annuellement des dernières recommandations.

IL4 : « Depuis la grippe aviaire, etc... On reçoit un bon vaccinal avec une prise en charge. Bah déjà, à chaque... A chaque personnel de santé, euh... Qui reçoit ce bon vaccinal, on lui glisse les dernières recommandations. »

Ils portaient davantage d'intérêt aux informations transmises par la sécurité sociale, que par les laboratoires médicaux.

IL5 : « Comme là, bon, quand c'était la Covid. Fin la grosse épidémie, on a eu une campagne « Attention ». La rougeole, « La rougeole revient. », tout ça. Je pense que ça serait pas mal des mails de la sécurité sociale qui nous informent de ça. »

PO2 : « On est pas assez informés. Il y a eu une grosse information sur la vaccination antigrippe, mais ça c'est du marketing des laboratoires. »

Une campagne de vaccination dédiée aux patients diabétiques semblait être un bon moyen d'information.

IL5 : « Oui, une campagne, fin oui, une campagne de vaccination pour ça pour les diabétiques. »

Les professionnels de santé réclamaient également que l'information soit directement transmise aux patients diabétiques.

MG2 : « Je pense que pour le pneumococcique si y avait l'information directe au patient, un peu comme ils font avec les vaccins sur la grippe, ça nous permettrait aussi nous de rebondir un peu plus systématiquement sur, euh... au décours des consultations. »

Ils étaient convaincus d'une meilleure adhésion des patients après information par la sécurité sociale, comme celle transmise par courrier pour la VAG.

MG8 : « *Fin disons qu’c’est plus facile pour la grippe parce que toute façon, le patient reçoit directement son papier de la part de la sécu. Donc il a son papier, il appelle son infirmier pis voilà c’est fait. Euh le pneumocoque, ouais... Peut-être que la sécu pourrait peut-être envisager, pareil, d’envoyer des... Un bon euh... Comme pour la grippe, aux patients diabétiques. Ca serait pas mal. Je pense qu’y aurait plus d’adhésion. Le patient ferait pareil que pour la grippe. »*

Informé directement les patients permettrait de pallier l’oubli des médecins.

IL1 : « *Et des fois on leur en parle. D’ailleurs, pour qu’ils en parlent à leur médecin qui pense pas toujours à le prescrire. »*

MG10 : « *Après je pense que le Pneumovax, c’est vrai qu’y aurait une communication de la part de l’assurance maladie euh... Ce serait certainement, fin en tout cas, ça... Ca aurait le mérite que les gens aient l’information et peut-être, si nous on oublie d’en parler, peut être qu’on aura une partie de la population qui nous en parlera. »*

2. UNE INEGALITE DE FORMATION

Les professionnels de santé déploreraient leur insuffisance de formation dans la vaccination, notamment sur la VAP.

MG8 : « *Bah pneumocoque, je vous dis, c’est euh... Peut-être un défaut d’information, nous même qui sommes peut-être pas assez formés là-dessus. »*

MG10 : « *Quand je suis allée à la formation l’année dernière, on a pas parlé du Pneumovax chez le diabétique... »*

Ils étaient conscients de l’importance d’une formation continue sur la vaccination.

IL4 : « *Mais de toute façon, faut... Ouais. Bah bien-sûr, faut tout le temps être au courant. »*

PO1 : « *Non, il faudrait peut-être refaire aussi, nous, des formations sur euh, la vaccination... Même la vaccination en général. Euh... Je pense que les pharmaciens qui ont eu la formation pour vacciner sont bien meilleurs que ceux qui ne l’ont pas eu. »*

Ceux ayant déjà bénéficié d'une formation sur la vaccination en étaient satisfaits.

Celle-ci avait été réalisée dans le cadre de la FMC :

MG10 : « Après fin moi je fais des FMC, fin... Encore l'année dernière, on a eu euh... Professeur C. qui est venu nous faire euh... Voilà, je vais dire, régulièrement, on va dire que les... Fin ça revient et du coup ça nous aide aussi dans... Euh... « Que dire ? Comment l'expliquer ? » »

Ou par la visite des délégués médicaux, même si certains émettaient des réticences :

MG6 : « Grâce aux visiteurs médicaux, rire, qui sont bannis par les étudiants en Médecine. Grâce à eux, on est un peu formés. »

MG7 : « Alors moi, je reçois les visites médicales, donc je suis informé par les visites médicales. Bon moi, je trouve que c'est pas mal, même si certains y voient des effets pervers, moi je trouve que c'est pas mal parce qu'au moins on est au goût du jour, parce qu'on peut pas toujours lire la presse médicale. »

PO4 : « On a des infos par les laboratoires mais euh... Moi je suis assez... Je prends mais je garde, je vérifie quoi. »

D'autres professionnels de santé utilisaient d'autres moyens de formation, tel qu'internet.

MG7 : « Puis après, ce qu'on a par internet, je lis aussi pas mal d'articles sur internet. »

Néanmoins, certains reprochaient la formation disparate des professionnels de santé.

MG6 : « Ca c'est un autre problème mais qui pose des problèmes malgré tout parce que je vois à B., les confrères refusent de prendre en charge des... Les délégués médicaux. Résultats, euh, j'en ai discuté avec la pharmacien de B., ils ne prescrivent pas de nouveaux produits, y a pas de nouveaux produits qui sortent. »

Une solution formulée était de les obliger à se former.

IL2 : « Après, pff, on nous force pas. Fin je veux dire... » « On nous oblige jamais à rien, effectivement si on cherche pas euh... »

3. DES CONNAISSANCES DEFICIENTES

La recommandation de VAG chez les patients diabétiques était bien ancrée pour les professionnels de santé, contrairement à la VAP. Ils avouaient méconnaître cette recommandation et ne pas faire de lien entre diabète et VAP.

IL4 : « Alors euh franchement... Pour le... Le diabétique euh... Oui la vaccination antigrippale. » « Et je ne pense, j'aurai pas eu à l'idée de... De dire à un diabétique « Faites le pneumocoque. » Sincèrement. » « Pour le pneumocoque, euh... Franchement, j'ai... Oui, j'ai pas fait le rapport entre le diabète, le pneumocoque. Je l'ai pas fait. »

Ils n'avaient donc pas conscience de l'insuffisance de CV antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques.

MG6 : « Je sais pas, c'est vous qui me l'apprenez. Rire. Voilà. »

Nombreux d'entre eux assimilaient la VAP aux patients porteurs d'une immunodépression ou d'une pathologie respiratoire, aux détriments des patients diabétiques.

IL4 : « Je vous dis la vaccination pneumococcique, c'est surtout chez les... Fin pour moi, euh, tous ceux qui ont des pathologies respiratoires, les insuffisants respiratoires chroniques, etc... »

PO4 : « Mais le pneumocoque, c'est notre tort de dire ou de penser aux personnes immunodéprimées, à risque respiratoire et c'est vrai qu'on pense pas aux diabétiques. »

PO5 : « Pour les malades du cancéreux, oui. Avant d'instaurer un protocole chimio, ils ont tous, tous ces vaccinations là à refaire. Mais pas pour les diabétiques. »

Les professionnels de santé reconnaissaient leur ignorance mais dénonçaient également la méconnaissance des patients diabétiques sur l'intérêt de la vaccination.

MG8 : « Mais pas pour le... Le diabète, j'ai jamais... Ca ne faisait pas partie de mes acquis. »

MG2 : « Moi je pense qu'il y a aussi un problème de compréhension de la vaccination des patients. Euh, quand ils sont petits, ils font les vaccins parce que c'est obligatoire, on leur a dit qu'il fallait faire alors que plus grands, comme ils cernent pas forcément toujours l'intérêt de la vaccination, ils vont pas avoir cette démarche spontanée de le faire. »

4. UN BESOIN DE COMMUNICATION

Lors de la démarche de VAG, les professionnels de santé devaient faire face aux croyances populaires.

MG7 : « Ils ont tous une bonne histoire à nous raconter, en disant que leur voisin, leur beau-frère ou leur oncle, la seule année où ils l'ont fait, ils ont été malades, ils ont fait une grosse grippe, enfin bon... »

MG9 : « Comme je vous l'ai dit, ils sont réticents à cause de tout ce qu'ils entendent, qu'ils vont faire la grippe s'ils se vaccinent, qu'ils vont tomber malade. Que le voisin ou n'importe qui, ça lui est arrivé. »

Mais également à l'essor de nouveaux courants de pensées.

PO5 : « Pour les courants végan et compagnies qui sont anti-tout, anti-vaccin parce que c'est fait sur les œufs et qui faut pas euh... Utiliser les protéines animales. Fin... Là on peut pas lutter hein. Je vais dire là on peut pas lutter. »

Ils devaient contrecarrer l'idée que la grippe est une infection bénigne.

IL4 : « Et je leur dis euh... « Peut-être qu'on ne meurt pas ». Je dis « Y en a qui meurent de la grippe, pour des cas euh... Quand ils sont immunodéprimés, affaiblis, etc... » Euh je dis euh... « Mais vous mourrez des conséquences de la grippe. Quand vous êtes âgés et que vous êtes rétalés chez vous pendant 15 jours à... Qu'à la suite vous êtes hospitalisés euh... Vous pouvez chuter parce que tellement vous êtes affaiblis. Vous pouvez avoir une bronchite en répercussion, une pneumopathie. Euh... Des... Moi j'ai vu des gens très âgés avoir la grippe et dans les 6 mois mourir. » »

Ils avaient conscience de l'importance de transmettre un message positif sur la vaccination, et également adapté à chaque patient. Les informations données devaient être faciles et rassurantes.

IL1 : « Je continue à en parler positivement. »

MG10 : « Moi je pense que c'est ça. C'est que... Que ce soit le pharmacien, moi ou les infirmiers, en tout cas, personne ne va dans le sens de « Ca marche pas, vous allez être malade ».

PO2 : « Je pense qu'il faut faire passer un message convainquant et faire passer un message intelligible. Le problème, c'est que... Il faut savoir se mettre à la portée des gens et c'est pas toujours évident. »

PO5 : « Des mots simples, pas compliqués et surtout pour rassurer. »

Ils reconnaissaient devoir utiliser des techniques de communication afin d'obtenir l'adhésion du patient. Ils devaient savoir être convainquant ou l'être davantage.

MG9 : « Et j'essaye de... Bah de... Bah de le convaincre de se vacciner. »

MG7 : « Donc, euh, peut-être que nous on est pas assez incisifs sur les vaccins... Pff... Moi je pense que j'incite mais peut-être pas assez. »

Certains se donnaient en exemple, communiquaient sur leur propre situation ou celle de leurs proches pour donner confiance au patient.

MG7 : « Après si j'ai une réticence, euh... Ou c'est moi qui le dit ou c'est les patients qui le demande. « Bah est-ce que vous avez vaccinés vos enfants ? » Donc la réponse est oui donc ça incite quand même. « Ah bon bah ok alors on va le faire ». Ca ça incite pas mal. »

Ils utilisaient parfois leur expérience personnelle.

MG10 : « Et là pour le coup, je donne souvent mon expérience personnelle. Parce que ayant... Moi j'ai quand même passé, on va dire, 10 ans sans me faire vacciner. Les 10 premières années d'installation. Dans ces 10 ans, j'ai fait 3 fois la grippe, mais vraiment voilà, 40, fin vraiment de la grippe quoi... Où je dis, bah pendant 2 jours, je suis pas, je suis pas allée travailler. Fin je veux dire, je me vois encore aller

à la pharmacie avec euh... Aller chercher du Paracétamol. Euh... Et je leur dis « Depuis que je me fais vacciner, je n'ai plus jamais eu la grippe ». Si ça marchait pas, je l'aurai quand même faite. »

Et professionnelle pour convaincre à la VAG.

MG10 : « En campagne on va dire, y en a beaucoup qui soit disant connaissent quelqu'un qui a été malade euh... Et donc moi je leur dis toujours et... Qu'effectivement ça peut arriver de... Voilà, j'explique un petit peu les effets secondaires qui peuvent arriver hum... Mais encore une fois, moi ça fait 25 ans que je suis installée et que je n'ai jamais eu un patient que j'ai vacciné qui a été malade comme ils décrivent. Voilà, comme ce que eux décrivent. C'était peut-être avant. En tout cas, moi, moi j'en ai jamais vu. » « Fin j'en rajoute un petit peu, en disant que « Tout ceux que j'ai vacciné, voilà, ils ont pas, ils ont pas fait la grippe. Fin je les ai pas vus pour une grippe ». Donc cet argument là ne tient pas. »

Pour eux, il était fondamental que la communication sur la vaccination fasse preuve de bienveillance. Ils rassuraient les patients.

IL1 : « C'est la communication, c'est l'explication, rassurer les gens. »

Et ils leurs donnaient des conseils pour que la VAG soit mieux perçue.

IL4 : « Moi je... Je continue de le dire euh... Y a un temps on disait « Oui le vaccin... » Des médecins m'avaient dit, le vaccin est fait sur une base d'œufs donc pour euh, les gens qui sont allergiques aux œufs, dites leur de ne pas manger des œufs. Alors euh... Je continue, je leur dis « Bah écoutez, dans le doute, vous mangez pas d'œufs pendant les 2, les 2-3 jours qui viennent. » Fin on a quand même des... Des conseils quoi . « Prendre du Paracétamol ». Fin voilà. Y a tous des petits conseils comme ça à côté. « Faites votre vaccin quand vous travaillez pas le lendemain. », « Vous pouvez avoir un petit fébricule ou des petites courbatures, ça arrive. Mais ce n'est pas la grippe. ». »

Ils faisaient preuve de pédagogie envers les patients en leur apportant des connaissances scientifiques et en les éduquant à la vaccination en expliquant le principe et l'intérêt de celle-ci.

IL1 : « Sortir certains chiffres, que l'on... C'est vrai quand on regarde les informations, les documents que l'on reçoit, y a des chiffres qui parlent beaucoup et... Des fois, ces gens là ne lisent pas ce genre d'articles. A nous d'apporter, euh, des connaissances, les rassurer. »

MG9 : « Euh, bah moi, je l'explique l'importance, pas seulement aux diabétiques, mais bon euh... Plutôt car ils sont plus à risque. Je dis toujours ça. Que le vaccin, même le vaccin antigrippal déjà, ça monte l'immunité générale contre le vaccin grippal, c'est logique. Alors il vaut mieux qu'ils soient vaccinés. Qu'ils soient vaccinés pour avoir une bonne réponse à la maladie. »

PO5 : « C'est une protection pour eux et une protection pour les autres. Parce que quand on se fait vacciner, on se protège soi mais on... On évite aussi la propagation de la maladie donc on protège les autres. »

Ils éclaircissaient les différences entre la grippe, le syndrome grippal et la VAG.

IL4 : « Y en a qui sont pour, y en a qui sont réticents parce qu'ils disent que s'ils la font, ils vont attraper la grippe. Donc je... J'explique la différence entre un petit syndrome grippal et la vraie grippe. »

Et ils abordaient les effets secondaires potentiels de la VAG à la demande des patients.

IL5 : « On parle des... Ils veulent que j'aborde les effets secondaires quand même ».

Pour donner plus de force à leurs propos, ils s'aidaient du bon vaccinal ou de documents officiels.

MG2 : « Je pense que le fait que le diabétique reçoit aussi son bon de vaccination, ça nous aide beaucoup à rebondir sur la nécessité ou l'utilité de la vaccination. »

MG9 : « C'est déjà bien qu'ils reçoivent des papiers, comme ça, ils comprennent

qu'ils sont des personnes à risque. Comme ça ils sont au courant. » « Ca m'aide pour le convaincre. »

PO4 : « Des fois c'est ça qui me permet de dire « Bah voyez, c'est indiqué, c'est pas moi qui le dit. C'est bien indiqué que c'est dans le bulletin, qu'euh, il est recommandé quoi ». Je sors souvent la feuille de recommandations pour appuyer quoi. »

Ils évoquaient la possibilité de profiter des réunions d'éducation thérapeutique des patients ou de la journée mondiale du diabète pour en parler.

MG7 : « Euh, alors, je vais ouvrir une maison, fin on va ouvrir une maison de santé pluridisciplinaire donc on va faire de l'enseignement thérapeutique. Donc, je pense que là, ça vaut peut-être le coup d'enfoncer le clou dans ces réunions là. »

PO4 : « Au moment de la journée du diabète, d'essayer de promouvoir un peu plus la vaccination. Déjà à ce moment là. C'est le moment où je pense qu'on reçoit le plus de personnes, où on essaye d'en parler. C'est vrai que quand on parle de journée mondiale, on se dit on fait des dépistages et tout mais on parle pas de la vaccination. »

Devant le constat de l'influence des médias, ils réclamaient des campagnes médiatiques de vaccination pour les patients diabétiques, par exemple à l'aide de messages télévisés.

PO4 : « Alors est-ce qu'on en parle pas assez ? A la télévision je dirai. »

PO5 : « Des messages euh... Télévisés. Où on rappellerait justement les... L'intérêt de la vaccination. Les rassurer en leur disant qu'y a pas de risque et que c'est pour leur bien et le bien des autres. »

Pour cela, ils souhaitaient faire intervenir des professionnels de la communication pour transmettre des messages rassurants.

MG10 : « Je pense que pour la grippe, c'est peut-être plus un message national de se dire, les gens dont c'est le métier la communication, de se dire comment on enlève ces croyances, les croyances des patients sur les effets indésirables de la grippe ou le fait que ça ne fonctionne pas, que ça ne marche pas. Je pense que

c'est à ce niveau là qu'on peut agir. En plus c'est quand même des patients qui regardent la télévision ou qui écoutent la radio. Fin voilà. Je pense que c'est plus là dessus, hum... Faire un spot comme celui qu'on a fait, là, qui est quand même pas mal fait, sur les gestes barrières euh... Qui est quand même... Et ça les patients ils en parlent. Et ça montre pas... Fin voilà, c'est.. C'est parlant pour eux. Faut que les gens de la communication de la caisse nationale d'assurance maladie fassent un spot télévisé dans ce sens là et avec... Et que ça parle aux gens, quoi. »

Ils proposaient l'utilisation de supports d'information à afficher ou à donner aux patients afin d'aider à engager la discussion avec les patients.

MG7 : « Alors je pense que les affiches, ça peut être pas mal. Des affiches incitatives, c'est pas mal. Moi j'ai des patients qui regardent beaucoup ce que j'affiche, ce que je mets parce que des fois c'est moi qui marque. Donc ils aiment bien des fois les petits mots que je mets. Donc ils regardent tout. »

PO4 : « Ils ont peut-être le carton « Je suis diabétique », alors pourquoi pas mettre à côté « N'oubliez pas la vaccination. » Parce que je pense que c'est pas quelque chose qu'on fait attention. On essaye de parler beaucoup « Est-ce que vous faites bien vos bilans ? Est-ce que vous voyez bien ? ». Mais ça, non. Mais peut-être, aussi bien, le donner aux pharmaciens et aux médecins quoi. »

PO5 : « Je sais pas, leur donner des petits, des petites fiches informatives aux gens, en leur disant « Parlez-en avec le médecin ». Vous voyez des choses comme ça. Ça pourrait être bien. »

Ils aspiraient à être aidés par les instances sanitaires et médicales.

MG8 : « Ca pourrait être une information, c'est pareil, fait par les autorités. Fin par euh... Par la sécurité... La CPAM ou l'URPS quoi. L'URPS communique beaucoup, euh, via mail, c'est vachement bien. C'est vrai qu'ils pourraient faire un truc là-dessus pour essayer de nous aider à euh... A contrecarrer un peu les... Les... Les préjugés sur la vaccination. »

Ils proposaient l'envoi d'informations papier directement par courrier aux patients.

IL4 : « Si la sécurité sociale informait le patient avec un petit livret « Vous êtes diabétiques, vous devez vous faire vacciner contre le pneumocoque, etc... » Je pense qu'y en a qui demanderaient à leur médecin traitant. »

Et également d'utiliser des supports d'information de première ligne, tels que les boîtes de médicaments ou les carnets de glycémie.

PO4 : « Mais je suis sûre que rien que le carnet, que le premier carnet qu'ils reçoivent pour le diabète, je suis même pas sûre qu'il y est marqué « Est-ce que vous êtes bien couvert ? ». Donc là, ça serait bien de leur demander, aux laboratoires qui donnent, parce que nous on en donne des carnets d'auto-surveillance, de marquer, de faire un encart sur la couverture vaccinale, pourquoi pas. Parce que c'est des choses qui sont données beaucoup et si c'est visible, ça peut être important quoi. C'est une trace. Ou même sur des aiguilles et tout. Les bandelettes. Mettre des autocollants, pendant un petit moment, pour dire voilà, essayer de faire penser à la vaccination. »

Parler de la vaccination était primordial, mais de manière positive, rassurante et pédagogique. Ils valorisaient la communication afin de permettre aux patients d'effectuer un choix éclairé et de les responsabiliser.

MG10 : « Comme c'est pas obligatoire. C'est à eux de faire le choix euh... On va dire un choix éclairé euh... » « Et finalement je trouve que de les... Responsabiliser finalement, ils vont vraiment réfléchir et du coup on... Fin j'ai l'impression que, en tout cas, je suis plus à l'aise moi car c'est vraiment eux qui ont décidé en fait. »

VI. LA NECESSITE D'UNE ALLIANCE PLURIPROFESSIONNELLE

1. TRAVAILLER ENSEMBLE POUR LA VACCINATION

Une solution proposée pour améliorer les CV était de faire intervenir tous les professionnels de santé, pour en parler aux patients.

PO2 : « Les médecins font leur boulot mais ils voient pas tout le monde, et nous, on voit d'autres personnes donc si vous voulez, si tout le monde s'y met, il y a quelque chose... »

MG9 : « Déjà que si tous les professionnels de santé le parlent, leur en parlent de ça et faire comprendre que c'est important. »

Pour eux, il était essentiel que les professionnels de santé se concertent, se réunissent et travaillent ensemble.

PO2 : « Ca sera l'objet de la conclusion, c'est-à-dire que si on travaille conformément tous ensemble, effectivement là on peut remplacer tout... »

PO3 : « Bah nous, on en parle, il faut que le médecin en parle. Et je pense qu'à plusieurs professionnels de santé, on réussira bien par les convaincre. Rire. Je pense que c'est un travail d'équipe, oui. »

Créer un projet commun aux différents professionnels de santé d'un même secteur, tel qu'un protocole, était une possibilité afin de les rassembler.

PO2 : « Hier, on était en réunion avec infirmières et médecins et on est en train d'écrire des protocoles. Maintenant, écrire un protocole sur la vaccination, c'est quelque chose de très important mais faut pas se rater. Mais je pense que c'est par là que ça passera. Et il faut que tout le monde soit adhérent au projet, soit d'accord pour faire la chose, pour faire, pour appliquer ce protocole. Si une personne échappe, c'est terminé. On a pas le contrôle sur tout le monde donc c'est là le problème. Donc c'est fédérer, c'est fédérer tout le monde. »

Avoir un message commun était primordial pour augmenter l'adhésion des patients.

IL1 : « En fait que tous les professionnels parlent de la même façon, quoi, même du médecin au kiné, infirmière. »

PO2 : « Tenir tous le même dialogue au même moment. Voilà. Message commun ! »

MG9 : « Si tout le monde le dit, et l'infirmière et le pharmacien, le médecin, voilà, c'est beaucoup plus efficace. C'est logique. Finalement il va comprendre. »

Ils évoquaient la possibilité de faire intervenir le diabétologue dans la prise en charge vaccinale des patients diabétiques, notamment par leur rappel des recommandations vaccinales dans les courriers médicaux, comme cela est déjà réalisé par les pneumologues.

PO4 : « Alors est-ce qu'il ne faudrait pas... Je sais pas moi... Qu'on ait... Que le spécialiste, le diabétologue propose la vaccination dès le début. »

MG7 : « Notamment les BPCO, on a le rappel quand même, hein, les pneumos dès qu'ils vont voir, fin ceux avec qui je travaille moi, dès que les patients voient le pneumo, sur les courriers il y a à la fin, rappel « n'oubliez pas la couverture vaccinale antigrippe machin... ». Ca c'est quand même pas mal, parce que les courriers ils les ont. Alors peut-être que les diabéto insistent pas suffisamment là-dessus, il faudrait que j'y prête attention mais c'est moins évident. »

Cette alliance semblait fondamentale pour les professionnels de santé et leur permettaient de s'appuyer sur l'aide de leurs confrères en cas de difficultés, comme le faisaient les PO et les IL en orientant les patients vers le MG.

IL4 : « Fin y a tous des précautions que je prends moi-même et que je demande de... La validation des médecins. »

PO4 : « « Ca n'a pas d'efficacité pour la grippe ». Rire. Euh, « Y a de l'aluminium », que disent certains. Donc euh, après, on essaye quand même de relayer vers le médecin, quoi. Donc ça veut dire on essaye de dire « Mais voyez avec votre médecin ». Parce qu'après on sait pas forcément tout et... C'est bien de passer le relais, quoi. »

2. FAIRE PREUVE DE CONFRATERNITE

Certains professionnels de santé confortaient leur satisfaction de déjà communiquer avec les autres professionnels de santé de leur secteur et de bénéficier d'une bonne entente interprofessionnelle.

PO3 : « Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place ? Bah, pff... Nous, on communique déjà pas mal, nous par ici. »

IL5 : « Bon ici on s'entend bien donc euh... Donc y a pas de soucis. »

Ils louaient l'importance d'une confraternité, en améliorant les relations et la communication entre les professionnels de santé, pour s'allier dans la vaccination.

IL1 : « Bah déjà la communication, avec le médecin. On devrait peut-être, nous, euh, fin... Disons que chacun fait son travail, c'est vrai, on est débordé de chaque côté et, des fois, c'est, c'est bien aussi de soit marquer un petit mot au médecin, pour dire « voilà, est-ce que vous pouvez »... »

PO1 : « Après moi je vois ici. Comment, euh... Je sais qu'il y a une infirmière qui se heurte au médecin traitant, donc, euh, elle a certainement, euh, de très bonnes idées, lui parce que ça vient d'elle, il veut pas en entendre parler, euh... » « Si, une meilleure, déjà, une meilleure entente entre les professionnels de santé. Au moins d'un même secteur, fin bon, d'un village, euh, ouais. Ça serait déjà le minimum, hum. »

3. UNE COORDINATION POUR AUTANT DIFFICILE

La coordination de la vaccination entre professionnels de santé semblait être une solution pour améliorer les CV. Certains savaient déjà collaborer avec leurs confrères.

PO2 : « Bah nous, on travaille beaucoup, on travaille beaucoup en collaboration avec les autres professions. »

A l'inverse, un MG ne connaissait pas la coordination.

MG9 : « C'est quoi ça ? C'est quoi la coordination ? A quoi vous faites référence ? »

Malgré la prise de conscience d'une coordination nécessaire, ils ignoraient comment coordonner la vaccination des patients diabétiques. Ils avaient du mal à se projeter et des réunions entre professionnels de santé d'un même secteur étaient difficiles à imaginer.

PO1 : « Coordonner la vaccination. Aucune idée. J'en sais rien du tout. Parce qu'il y a des choses beaucoup plus simples qu'on arrive pas à coordonner donc, euh... »

IL5 : « Entre professionnels de santé, euh... Bah, faut dire qu'on se voit pas trop avec les, fin avec les médecins donc euh... Je sais pas. »

MG10 : « Fin je ne nous vois pas nous réunir à 3, fin 3 ou plus. »

Certains ne semblaient pas croire en la possibilité d'une alliance MG – IL.

IL3 : « Bah peut-être une mise en relation entre médecin traitant et infirmière pour le suivi, pour les patients qui sont chroniques, suivis régulièrement par une infirmière libérale. Avec un dossier patient plus suivi à domicile. Euh bah... Ca reste compliqué quoi. »

IL2 : « C'est toujours difficile... La relation infirmière – médecin... Et puis... Y a des médecins qui sont très ouverts et y en a d'autres, c'est bien dommage, on les embête quand on les appelle pour un patient. Donc euh... Je sais pas, je sais pas trop comment mettre en place ça mais... »

Trouver sa place dans la coordination de la VAG était difficile pour un MG.

MG6 : « Alors, euh, vaccination antigrippale, bah voilà, le problème c'est que cette vaccination est diluée par plusieurs intervenants donc euh, qui... Qu'il n'y ait qu'un seul intervenant, que ce soit moi, l'infirmière ou le pharmacien, on s'en fout mais moi, si c'est l'infirmière ou le pharmacien, j'ai aucune portée, hein. Donc, bon, c'est vrai que la responsabilité est très diluée actuellement, hein, on a du mal à pousser au niveau de ces vaccinations là, hein. » « En plus, il y a des pharmaciens qui sont d'accord et des pharmaciens qui ne le font pas donc c'est un peu, c'est le binz. On est complètement déstabilisés là-dessus. Oui, c'est le problème du vaccin contre la

grippe tout au moins. Les autres vaccins on maîtrise encore à peu près, mais là, c'est pas évident. »

Ils renforçaient l'idée de mettre le patient au centre de sa vaccination en l'incluant dans la coordination.

IL4 : « C'est le patient, hein. Le patient avec une fiche vaccinale, y a que ça. Y a que lui qui est au centre de tout. »

Cette coordination résidait dans un environnement de concurrence interprofessionnelle pouvant être responsable de conflits. Les IL ressentaient de la colère et de l'injustice vis-à-vis de la vaccination en officine.

IL1 : « Ca me met un peu en colère. Après des fois, on pourrait dire que ça nous soulage, peut-être. Euh... Non, non, un vaccin ça dure pas très longtemps comme soin. Moi je vends pas de médicaments, je prends pas leur travail. Je trouve pas ça adapté. »

IL2 : « Et bah honnêtement, je suis contre. Fin voilà. Après euh... Bon chacun son avis mais chacun son métier. Voilà. Même s'ils sont formés à ça, je... C'est voilà. C'est... Nous on délivre les médicaments, ok, mais sur ordonnance et c'est eux qui les ont donnés à la base. D'accord ? On est bien d'accord. C'est pas nous qui... On ne prescrit pas de médicaments, donc euh... Voilà, pour moi, je suis contre. »

Sentiments parfois partagés par d'autres professionnels de santé :

MG10 : « J'ai du mal. J'ai un peu de mal avec l'idée que celui qui vend le vaccin, il fait le vaccin. J'ai un petit peu de mal avec ça. »

Ils reprochaient aux PO de prendre le travail des IL, de vacciner leurs patients et donc de diminuer leur nombre d'actes de VAG.

MG6 : « Le pharmacien ne va pas se vanter d'avoir pris le travail de l'infirmière. »

IL2 : « Euh, de moins en moins importante. Euh... Je vais dire à cause des pharmaciens, hein, qui peuvent vacciner. »

Ce qui pouvait leur faire regretter la confraternité.

IL3 : « Certains disent bah qui le font pas faire par le pharmacien, certains disent que le pharmacien n'avait pas prévenu, n'a pas stipulé que c'était aussi le rôle de l'infirmière et que... Qui proposait, voir qui dit « Venez, je vais vous le faire ». Y a pas vraiment de question. »

Une PO déplorait que son engagement dans la vaccination était source de conflits avec les MG de son secteur, ce qui la poussait à limiter son investissement.

PO5 : « Ce qui m'a valu les reproches du médecin d'à côté, parce qu'il m'a dit que je prenais le travail des infirmières. » « Mais si on leur dit euh... Aux diabétiques, « Vous devez faire le vaccin contre le pneumocoque », et que le médecin est pas au courant, il va dire « De quoi elle se mêle encore la pharmacienne. » »

Ces conflits étaient émaillés d'inégalités interprofessionnelles, notamment en termes de valorisation et de rémunération de l'acte de vaccination.

MG5 : « Après je regrette quand même aussi le fait qu'on ait pas valorisé cet acte chez l'infirmière, par exemple. Euh... Chez qui, c'est quand même le métier, un peu plus que le pharmacien de vacciner. »

*IL4 : « Et j'ai trouvé scandaleux l'année dernière, j'ai vu des pubs où « Vous vous faites vacciner par votre euh... Kinésithérapeute, par votre sage femme, par votre... » Et y avait pas l'infirmière. « Par le pharmacien ». Alors j'ai dit « M**** ! » J'dis « Depuis 20 ans que je vaccine comme ça gratuitement ». J'dis « Je suis même pas reconnue pour ça, hein ! » »*

MG10 : « Je trouve que c'est bien que ce soit elles qui le fassent, dans la mesure où ils sont là tous les jours. Où les patients aussi dès qu'ils ont un truc, ils vont téléphoner à l'infirmier, ils ont son numéro, il va venir comme ça. Donc je trouve qu'il est bien que ce soit, qu'ils puissent le faire aussi et qu'ils soient rémunérés pour ça. »

Ils reprochaient la dévalorisation des autres soins, réalisés quotidiennement par les IL, une fois associés à la vaccination.

*IL4 : « Quand je fais un acte, le premier acte compte en totalité, d'accord ? Le deuxième acte compte à moitié et le troisième acte et tout ce qui suit est gratuit.»
« Bah ce matin, je suis allée prélever bilan sanguin, euh, la dame m'a demandé de faire le vaccin antigrippe en même temps. Donc euh... Le vaccin compte, la prise de sang compte à moitié. »*

L'inégalité de rémunération était également décriée.

MG7 : « Notamment les pharmaciens, parce que en fait ils ont incité, je pense qu'ils sont rémunérés pour le faire. Je pense que ce qui est pas normal c'est qu'ils ont pas les même rémunérations... »

MG10 : « En plus nous, souvent, on fait en plus. Fin je veux dire, moi les gens viennent pas pour faire un vaccin. C'est... Je fais le vaccin en plus du reste. Et euh... Et les infirmiers euh... Y en a beaucoup. Alors ils sont rémunérés, euh, pour faire leurs vaccins, hein, en plus. Mais j'me dis eux ils font aussi les soins de ces patients là toute l'année. »

*IL1 : « En plus, ils ont des primes en fonction du nombre de vaccins qu'ils font, que nous pas du tout. On est vraiment pris pour des imb*****, encore une fois. Donc c'est toujours les mêmes qui sont privilégiés. Hum, je suis désolée, les médecins, les pharmaciens. Et nous, c'est le dernier, un peu la dernière roue du carrosse. Et, des fois, c'est rageant. C'est pas juste, j'aime pas l'injustice. »*

VII. UNE BALANCE ENTRE SATISFACTION ET INSATISFACTION

1. UNE MEILLEURE ACCESSIBILITE LAISSANT PLANER LA QUESTION DE COMPETENCES

Les professionnels de santé avaient conscience de la meilleure accessibilité de la VAG en officine et étaient satisfaits du côté pratique de celle-ci.

IL1 : « Après, euh, c'est sur que pour des gens c'est peut-être un peu plus facile, plus accessible, euh... Ils prennent leur vaccin, ils se font vacciner d'emblée. Pour ça c'est positif mais chacun son boulot. »

IL4 : « L'étudiant qui est à Lille ou le Monsieur qui est surchargé de travail, il a peut-être pas envie le soir d'appeler son infirmière pour se faire vacciner. Et euh... Entre les midis au cours de son boulot, il peut très bien se retrouver à midi et demi en officine pour se faire vacciner. Donc ça je suis tout à fait d'accord. »

Les PO attendaient de cette vaccination en officine de pouvoir élargir la VAG à d'autres patients, auparavant non vaccinés.

PO3 : « Par contre, quelqu'un qui est jamais vacciné, parce que ça l'embête d'appeler l'infirmier, là on prend les devants et puis on le vaccine. »

PO1 : « Moi je suis à fond pour la vaccination en officine. Parce que tout le monde, euh, ne va pas forcément aller voir son médecin pour se faire vacciner, demander une infirmière, elles ont déjà beaucoup de boulot, euh... »

PO4 : « De dire que voilà, maintenant c'était une facilité aussi de le faire à la pharmacie mais pour les gens qui ne se vaccinaient pas avant. Parce qu'on s'est rendus compte qu'y avait certaines personnes qui ne voulaient pas attendre chez le médecin, qui ne voulaient pas prendre de rendez-vous parce qu'ils voulaient pas, c'était pour eux du temps de perdu, alors que... Donc c'est plus dans cette démarche là. »

Les professionnels de santé s'apercevaient du bénéfice de profiter de la proximité de l'IL et du PO avec les patients diabétiques pour leur parler de vaccination et les vacciner.

IL5 : « Donc après, c'est plus à nous, comme on les voit tous les jours, euh, d'en parler, euh, tout ça. »

MG7 : « Mais c'est sûr que c'est eux qui sont le plus proche du patient, du patient diabétique. Donc faudrait peut-être insister là-dessus. Mais chez les infirmiers et chez le pharmacien pour améliorer cette prise en charge vaccinale des diabétiques. »

En revanche, les compétences de chaque professionnel de santé en matière de vaccination étaient parfois critiquées. La vaccination était parfois considérée comme devant être réservée aux MG, qui occupent une place importante dans la vaccination.

MG9 : « Qu'ils le fassent par un médecin pour éviter tout ça. Dans mon pays, c'est que le médecin qui a le droit de vacciner, à cause de ça. »

MG1 : « Effectivement dans le suivi, le médecin généraliste assure quand même une grosse partie de la vaccination de la population générale je pense. »

D'autres se sentaient également compétents pour vacciner et en informer les patients.

IL4 : « Parce qu'on est quand même là, on sait bien qu'il faut injecter dans le deltoïde. Euh... On injecte... Fin voilà. Y a quand même tout un... Tout un protocole. »

IL3 : « On informe le patient qu'on est capable de vacciner après avis du médecin traitant. Et pis, s'il le souhaite, on poursuit la vaccination après. »

La place des PO dans la VAG était parfois remise en question et source d'insatisfaction, contrairement à celle des MG et des IL.

IL2 : « Y en a c'est juste parce que c'est plus rapide, mais on leur fait bien comprendre que, bah, à la base c'est pas leur métier. Et que voilà... Et que nous, on est payés pour ça et que eux aussi, alors qu'ils bougent pas. C'est tout un... C'est

pas une question d'argent, c'est juste une question de... Je pense de... De place. De métier. »

IL3 : « C'est un peu le sujet tabou. Pour nous, c'est notre travail à nous, c'est notre compétence à nous. Les pharmaciens, c'est un autre métier quoi. Pour nous, c'est pas leur rôle. »

IL5 : « Bah je dirai que c'est chacun son métier. Rire. C'est quand même chacun son métier. Je pense. Euh, ça c'est le métier. C'est un de nos premiers rôles, de vacciner quand même. Donc ouais, moi je suis quand même assez réticente de ce côté là quoi. C'est sûr. »

MG7 : « Je suis pas contre du tout au fait qu'ils le fassent. Et que les infirmiers le fassent. Je pense que c'est plus le rôle de l'infirmier, parce que le jour où le pharmacien aurait un malaise vagal, bah il va nous appeler au secours. Rire. C'est quand même mieux quand ils font un malaise vagal chez nous. »

Les PO se sentaient frustrés d'être limités dans leurs champs d'action de vaccination.

PO2 : « La seule chose, c'est que, on nous avait demandé d'augmenter la couverture vaccinale, ce qui a pas été possible puisqu'un adulte qui ne bénéficie pas d'un bon, vous n'avez pas le droit de le vacciner donc c'est totalement ridicule. »

Une IL déplorait la restriction de son intervention dans la vaccination par les autres professionnels de santé, malgré son investissement et son engagement.

IL5 : « Parce qu'y a l'air que... Je vaccine également tétanos et compagnie. Mais euh... Par chez nous, les médecins ne sont pas trop d'accord que ça soit les infirmières qui vaccinent. » « Comme là j'ai fait la grippe à quelqu'un. Il doit faire le... Il doit faire le vaccin pour la bronchite et son médecin lui a dit « Ca c'est le médecin, ça c'est le docteur qui le fait. » » « Les difficultés, c'est que y en a qui veulent faire les vaccins, je suis présente. Mais non, faut attendre, c'est le médecin qui veut le faire. Donc moi je dirai que ça c'est un obstacle. »

2. UN POINT D'HONNEUR SUR LE RESPECT INTERPROFESSIONNEL POUR HONORER LA LIBERTE DU PATIENT

Le respect du travail de chaque professionnel de santé était essentiel dans cette alliance pluriprofessionnelle. Leur objectif était d'augmenter la CV sans concurrencer les autres professionnels de santé.

PO5 : « Le but c'est pas qu'on prenne les patients des infirmières. Le but c'est qu'on augmente la couverture vaccinale. Qu'on arrive à toucher des gens qui l'auraient pas fait autrement. »

Ils prônaient le respect des habitudes de vaccination des patients.

PO3 : « Après nous, notre politique ici, c'est « On marche pas sur les plates-bandes des infirmiers », c'est-à-dire qu'une personne, quand on voit dans l'historique que la personne l'année dernière elle a été vaccinée par un des infirmiers, on lui dit de se rapprocher de l'infirmier pour le faire. On va pas aller le faire à sa place. »

PO5 : « Ceux qu'ils le faisaient avec les infirmières ne changent rien à leurs habitudes. D'ailleurs, moi je le dis aux gens « Vous faites comme vous faisiez, vous le faisiez déjà avec l'infirmière, vous continuez, hein ». »

Les professionnels de santé insistaient sur l'importance de la liberté de choisir du patient et du respect de son choix, même en cas de refus.

IL1 : « Après je ne force pas la main. »

IL5 : « Après je peux pas... Je peux pas les obliger. Ils veulent pas, ils veulent pas. »

PO4 : « Après voilà, on a toujours laissé libre choix quoi. »

MG10 : « Après bah voilà, après c'est eux qui décident quoi. S'ils se font vaccinés ou pas, parce que c'est leur choix à eux... »

3. UN SENTIMENT DE SATISFACTION HESITANT

Certains professionnels de santé évoquaient être satisfaits de l'organisation actuelle de la VAG, ainsi que de la campagne vaccinale contre la grippe, contrairement à celle pour la VAP, qui semblait inexistante.

MG8 : « Bah pour la grippe, j' pense que c'est bien comme c'est. C'est euh... Les infirmières ont l'habitude, elles le font quasiment systématiquement en fait, sans forcément nous en parler. On apprend par le patient « Bah c'est bon, j'ai fait déjà mon vaccin contre la grippe ». »

Devant l'extension de la VAG en officine, les professionnels de santé reconnaissaient son intérêt pour augmenter la CV antigrippale.

IL4 : « Alors ce que j'en pense c'est très... Euh... Dans le but de couvrir le maximum de vaccination, c'est très bien. »

MG1 : « Je pense que ça a un impact plutôt positif parce que je pense qu'il y a plus de diabétiques qui sont vaccinés malgré tout par une vaccination pluriprofessionnelle, quelque part... que si y avait que moi qui vaccinai dans mon cabinet, ça c'est clair. »

MG5 : « Le pharmacien, l'extension au pharmacien, c'est une bonne chose, je pense qu'on a augmenté la couverture. Peut-être qu'on aura des statistiques qui vont le confirmer. »

PO3 : « Bah, si ça peut augmenter, euh, la couverture vaccinale, je trouve ça très bien. »

Le contentement pour les PO était de créer une fidélité à la vaccination.

PO5 : « Moi je vois, j'ai des gens que j'avais vaccinés quand j'ai fait l'expérimentation et que depuis je vaccine tous les ans. Ils me disent « Ah nan, bah c'est bien, vous le faites bien, on sent rien, euh... Ca va ». »

VIII. UNE QUESTION DE TEMPS

1. MANQUER DE TEMPS

Les professionnels de santé évoquaient l'aspect chronophage de la vaccination.

PO2 : « Et il faut du temps pour ça, il faut du temps... »

MG10 : « Par contre ça demande aussi du temps, malgré tout, d'expliquer pourquoi on va le faire, euh... »

Certains profitaient de périodes plus calmes dans leurs activités pour parler de vaccination.

MG7 : « Mais bon, on y pense plus l'été, quand c'est un peu plus calme, c'est plus facile. »

Ils incrimaient un manque de temps pour parler de vaccination et pour se former.

MG7 : « En ce moment c'est dur. On a des grosses journées, c'est pas évident. »

PO2 : « Y a, euh, la non compréhension du message, y a le manque de temps, car des fois, on a pas le temps. »

IL1 : « Ou après, il y a peut-être sur Ameli. J'y vais pas forcément non plus, y a beaucoup d'informations au niveau du site de la sécurité sociale mais par manque de temps, j'avoue que je n'y vais pas forcément. Vraiment par manque de temps. »

PO5 : « Ca peut être intéressant des formations mais le e-learning et tout, on a pas le temps. »

Ou ne prenaient tout simplement pas le temps.

IL2 : « Bah en fait c'est tout bête, on reçoit un mail et puis... Il faut se connecter sur un lien nananana... Mais bon, on a pas toujours le temps. Et après on dit je le ferai plus tard et on le fait pas. Honnêtement, je... Rire. Je le fais pas. »

2. PRENDRE DU TEMPS

Il apparaissait comme essentiel d'accorder du temps à la vaccination et les professionnels de santé avaient besoin de temps pour en parler.

MG7 : « J'y accorde, euh, beaucoup de temps et d'attention, on va dire. »

MG10 : « Bah non, à part le temps que j'y passe, j'ai pas... Non, je pense vraiment c'est ça... C'est... Au niveau de la communication, parce que qu'est-ce qu'on... Non, je vois pas euh... Ce qu'on peut faire de plus quoi... »

De même, rassurer les patients nécessitait du temps.

PO5 : « Le vaccin de la grippe, j'avais des personnes qui voulaient pas le faire parce qu'ils avaient peur d'être malade euh... De faire la grippe plus fort, de ceci, de cela. Donc à chaque fois, c'est ... C'est hein... La patience hein. Il faut répéter que y a les 15 jours de délai pour avoir les anticorps et que s'ils attrapent la grippe pendant ces 15 jours, plus le vaccin effectivement, ils peuvent être plus malades. Mais c'est pas dû au vaccin. Fin, bref ! C'est compliqué hein. »

Certains MG accordaient un temps de réflexion aux patients et restaient disponibles pour en parler.

MG7 : « Moi je donnais beaucoup, j'avais des flyers que je donnais aux gens en disant « bah voilà, vous regardez avec votre fille tranquillement et on en rediscute la fois d'après ». »

MG8 : « Je leur explique pourquoi, pis euh... Pis je les laisse un peu, fin je vais pas dire choisir, y réfléchir pis ils reviennent. »

3. ACCORDER DU TEMPS AUX CHANGEMENTS

Les professionnels de santé faisaient remarquer qu'appliquer les nouvelles recommandations nécessitait du temps.

MG6 : « Après pour le pneumocoque, c'est une notion relativement récente, je pense, donc c'est ça, c'est pas étonnant que ça soit un petit peu, que la mise en route ne se fasse pas immédiatement pour tout le monde, pour tous les confrères donc bon. »

MG7 : « Bah pour le pneumocoque, bon y a pas si longtemps que ça qu'on s'y est mis. Moi je m'y suis sûrement pas encore mis mais je vais m'y mettre. »

Et malheureusement, parfois les recommandations s'oublie avec le temps.

PO1 : « Prevenar et Pneumo23, Pneumocoque maintenant, euh, Pneumovax. Et, euh, donc, euh, on a été des années, en fait, sans en donner, donc les mauvaises habitudes ont été vite à reprendre aussi, hum... Après, bon sinon, on mettait Prevenar, mais bon, il est un petit peu différent quand même, ouais... Hum. Mais ouais, c'est vrai, on oublie ce genre de choses. Rire. »

DISCUSSION

I. PRINCIPAUX RESULTATS :

La majorité des professionnels de santé signale que la prévention est importante dans leur pratique, néanmoins les résultats de cette étude démontrent qu'ils peuvent manquer de nombreuses occasions de vacciner leurs patients diabétiques contre la grippe et contre le pneumocoque.

Ils mettent en avant la complexité de la vaccination des patients diabétiques, en évoquant celle de la prise en charge des patients diabétiques, pourvoyeurs de soins et nécessitant des consultations longues et multiples, mais également celle de la vaccination elle-même. Cette dernière réside dans la difficulté à aborder la vaccination dans le climat actuel de peur des patients, essentiellement liée à la mésinformation médiatique et aux croyances populaires.

La surmédiation de la vaccination est en partie responsable, notamment pour la VAG, même si le fait d'en parler permet aux professionnels de santé et aux patients d'avoir connaissance de cette recommandation vaccinale. Ce qui n'est pas le cas de la VAP, qui souffre d'un manque de publicité, responsable d'une insuffisance d'information des patients mais également des MG, qui, de ce fait, ne la prescrivent pas. Les PO et les IL n'en sont pas non plus informés, ce qui les freinent dans leur rôle de conseiller.

Les professionnels de santé souhaitent être plus informés et réclament une information directe des patients diabétiques, mais par une information de qualité,

fondée sur des sources scientifiques. Pour cela, ils aspirent à faire intervenir la sécurité sociale ou les URPS, pouvant générer des campagnes vaccinales efficaces et fiables afin d'informer les patients et les professionnels de santé, et de former ces derniers.

L'hésitation vaccinale demande de disposer de données autour de la vaccination et des compétences communicationnelles. Les professionnels de santé doivent répondre aux préoccupations de leurs patients concernant les vaccins pour assurer une CV satisfaisante et souhaiteraient pour cela, pouvoir s'appuyer sur des documents d'information à leur transmettre. Ils doivent en parler mais surtout expliquer et rassurer. Malheureusement, ces connaissances sont inégales entre les professionnels de santé.

Même si la plupart sont engagés dans la vaccination et font preuve de motivation et de persévérance, quelques-uns remettent en doute l'efficacité des vaccins, notamment celui contre la grippe, et s'orientent davantage vers l'homéopathie. Certains sont parfois découragés face à la difficulté des situations, alors que d'autres font preuve de professionnalisme, en s'aidant de leurs expériences professionnelles.

L'alliance des professionnels de santé de premiers recours semble fondamentale pour améliorer les CV. Il est nécessaire de faciliter la coordination des soins car les stratégies vaccinales sont appelées à être construites collectivement en incluant le patient. Ils réclament des outils simples, efficaces et durables, leur permettant de connaître le statut vaccinal des patients, de tracer la vaccination et de partager ces informations au patient et à leurs confrères.

Connaître le statut vaccinal du patient est primordial pour parler de vaccination et savoir que l'information a déjà été donnée leur permettraient de répéter un message commun pour convaincre.

L'intervention de chaque professionnel de santé est capitale, notamment ceux de proximité tels que les PO et les IL. Ils ont conscience de la facilité d'accès de la VAG en officine, mais réclament une harmonisation de la rémunération de l'acte de vaccination et une valorisation des compétences de vaccination de chacun. Réduire les inégalités interprofessionnelles améliorerait leurs relations et leur confraternité, essentielles face à l'adversité de l'hésitation vaccinale.

Les professionnels de santé ont conscience que la vaccination demande du temps, pour se former et pour en parler. Du temps qu'ils n'ont pas forcément ou qu'ils ne prennent pas spécialement durant leur activité quotidienne.

Accorder du temps à la vaccination apparaît essentiel pour augmenter les CV. Informer les patients en amont à l'aide des médias, d'internet ou des réseaux sociaux peut permettre aux professionnels de santé de gagner du temps, mais uniquement si le message est positif, simple et adapté aux patients.

II. DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE :

1. FORCES DE L'ETUDE :

La méthode qualitative était la méthode la plus adaptée pour évaluer le ressenti et les difficultés des professionnels de santé face à l'insuffisance de VAG et VAP des patients diabétiques, et en comprendre les raisons. Elle permettait également aux participants de faire part d'expériences et de proposer des solutions émanant de leur terrain d'activité.

Cette étude était la première étude qualitative menée par le chercheur, qui a bénéficié d'une formation facultaire à la recherche qualitative par le département de médecine générale de Lille, complétée par la littérature, lui permettant de s'imprégner davantage des bases de cette méthode d'analyse (75).

La combinaison d'entretiens auprès de MG, de PO et d'IL était l'originalité de cette étude, permettant d'aborder des pistes d'amélioration avec chaque professionnel de santé, acteur de vaccination.

Le choix du secteur du Cambrésis a été conforté par le désir du chercheur de prendre connaissance des relations interprofessionnelles et de la coordination existante dans ce secteur de soins des Hauts-de-France.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone ou sur le lieu choisi par le participant, afin d'éviter une contrainte d'horaire ou de lieu, et de préserver un climat de confiance dans un lieu familier.

Le sujet de l'étude a été gardé secret jusqu'à l'entretien afin de recueillir les premières émotions du participant lors de l'entretien et de réduire le biais inhérent à une documentation préalable par celui-ci. Cela a également permis de limiter un biais de sélection, en évitant la participation uniquement de professionnels de santé portant de l'intérêt au sujet étudié.

La confrontation de l'analyse des données, réalisée séparément par le chercheur et le second investigateur, a limité le biais d'interprétation. Cette triangulation des données a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

Les critères de la grille méthodologique COREQ ont permis d'évaluer ce travail (74) : vingt-huit des trente-deux critères ont été respectés (les critères 18, 23, 27 et 28 n'ont pas été respectés) (Annexe 8).

L'essentiel des recherches bibliographiques sur le sujet a été réalisé après le recueil et l'analyse des données. Cela a permis au chercheur d'être le plus neutre possible durant les entretiens et l'analyse, renforçant la qualité de cette étude par théorisation ancrée, qui incite le chercheur à dépasser ses *a priori* et ses concepts.

2. LIMITES DE L'ETUDE :

L'échantillonnage par tirage au sort n'a pas permis une diversité maximale sur les critères âge, sexe et mode d'exercice. La majorité des participants étaient de sexe féminin, travaillant tous dans un même secteur, celui du Cambrésis, et quasiment tous les participants se caractérisaient comme étant « pro-vaccin ». Ceci a pu limiter l'exemplarité de l'étude.

En raison du faible nombre d'entretiens réalisés, les données sont difficilement extrapolables à l'ensemble des professionnels de santé. Néanmoins, chaque lecteur est invité à réfléchir devant ces résultats et à les extrapoler à sa pratique personnelle s'il le souhaite.

L'inexpérience du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative a pu constituer une limite d'investigation dans l'étude. Lors des entretiens, la formulation des questions et les relances ont pu parfois influencer les professionnels de santé interrogés alors qu'à d'autres moments, les questions fermées ou le manque de relances ont pu expliquer l'absence de développement d'idées par les participants.

La crainte d'être jugé professionnellement pouvait exister chez les participants : connaissant la position de médecin du chercheur, ils ont pu modifier leurs réponses du fait de ce rapport professionnel. L'adoption d'une posture neutre de chercheur durant les entretiens et le rappel aux participants que l'objectif de cette étude n'était pas de juger leurs pratiques professionnelles ni leurs connaissances a probablement diminué cette crainte.

La réalisation d'entretiens téléphoniques, par la contrainte pandémique actuelle, a probablement permis aux participants d'assumer leurs prises de position. En revanche, ce type d'entretien ne permet pas d'avoir accès à la communication non verbale, essentielle dans l'analyse qualitative. De plus, certains entretiens téléphoniques ont été réalisés dès le premier contact avec le professionnel de santé, ce qui a pu déstabiliser le chercheur.

L'analyse des données par théorisation ancrée était la première analyse réalisée par le chercheur, tout comme le second investigateur. Le codage des *verbatim* a été mené manuellement par manque de formation du chercheur principal au logiciel informatique de codage, type N Vivo®.

Initialement, il a semblé important au chercheur de recueillir le ressenti des différents acteurs de la VAG et VAP des patients diabétiques, en interrogeant chaque professionnel de santé de premier recours mais également les patients diabétiques eux-mêmes. Cependant, pour ces derniers, le recrutement n'a pas été contributif : un unique entretien a été réalisé auprès d'un patient diabétique. L'échantillonnage de patients par l'intermédiaire des MG et des PO, à l'aide d'une fiche d'information, n'a pas permis de réaliser d'autres entretiens patients, malgré de multiples relances. Le chercheur a donc décidé de ne pas inclure le seul entretien mené dans l'analyse des données. Il serait intéressant de pouvoir s'entretenir avec des patients diabétiques dans une autre étude dédiée, afin de prendre en compte les désirs des patients en matière de vaccination, pouvant être une aide précieuse dans les campagnes vaccinales.

III. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

Devant le manque d'information des professionnels de santé et des patients sur les recommandations vaccinales actuelles des patients diabétiques, la réalisation de campagnes vaccinales semble nécessaire pour les sensibiliser. Une enquête, réalisée en 2014 auprès de MG, avait identifié comme utile, pour améliorer la pratique vaccinale quotidienne des MG, la réalisation de campagnes d'information du grand public sur les vaccins (76). Dans notre étude, les professionnels de santé étaient satisfaits de la campagne de VAG actuelle et réclamaient une campagne de vaccination similaire sur la VAP de la part de la CNAM. Cela souligne leur besoin de soutien par les pouvoirs publics dans leur activité de vaccination. En revanche, un article, publié en 2018, s'intéressant à la pertinence des informations délivrées au grand public dans la campagne de VAG par la CNAM, retrouvait que l'information délivrée était insuffisante et ne répondait pas aux standards de qualité attendus (aucune notion sur le niveau de preuve scientifique des études, sur la prévalence de la grippe, les risques de complications de la pathologie, les bénéfices attendus de la vaccination ni sur ses risques). Cela interroge sur le fondement scientifique des campagnes de vaccination nationale (77).

En revanche, la surmédiation des épidémies par les pouvoirs publics, telle que la grippe H1N1, renforce parfois l'hésitation vaccinale des patients et des professionnels de santé, comme le montre des publications antérieures (62). Les médecins émettaient parfois des doutes sur l'utilité des vaccins et leurs risques, ce qui les faisait hésiter à recommander ces vaccinations à leurs patients, comme lors de la pandémie de la grippe H1N1 en 2010 (78).

L'insuffisance de CV antigrippale est essentiellement liée à la peur des patients pour ce vaccin. Une étude, publiée en novembre 2020, a étudié l'impact de diverses sources d'information sur l'attitude en matière de vaccination de parents d'enfants âgés de 1 à 15 ans. Les trois principales sources d'information retrouvées étaient les professionnels de santé, les proches et internet. Le taux d'acceptation de la vaccination était meilleur lorsque les parents recevaient uniquement l'information des professionnels de santé (taux de 82,8 %) par rapport à ceux obtenant des informations sur internet (61,6 %) ou auprès de proches (62,4 %). Le fait d'associer les trois sources d'information augmentait l'hésitation vaccinale (70,9 % contre 34,6 % chez ceux s'informant uniquement auprès des professionnels de santé) (79). Cela renforce le rôle principal des professionnels de santé dans la décision de vaccination, notamment pour faire reculer les idées reçues, mais également l'intérêt de fournir des informations de qualité sur internet, c'est-à-dire, fondées sur des données scientifiques, afin de restaurer la confiance en la vaccination. De plus, l'évolution de notre société fait que la distinction entre internet et l'entourage du patient s'estompe de plus en plus avec l'utilisation des réseaux sociaux, ce qui peut majorer la mésinformation et ainsi la méfiance envers la vaccination.

Les MG jouent un rôle primordial sur le comportement vaccinal de leurs patients. Les patients ont généralement confiance en leur MG et celui-ci peut les convaincre de se faire vacciner en cas d'hésitation. Une enquête américaine, publiée en 2001, retrouvait que les généralistes étaient plus susceptibles de recommander fortement la VAP à leurs patients que les autres spécialistes (80).

En outre, l'engagement des MG à la vaccination varie d'un MG à l'autre. Il dépend de

l'adhésion du MG lui-même à la vaccination, et renforce l'existence d'une réticence de certains MG à la vaccination. Une étude observationnelle, menée en 2014 en France, montrait qu'il existait des hésitations vaccinales chez les MG qui dépendaient de leur confiance vis-à-vis des autorités sanitaires, de leur perception de l'utilité et des risques des vaccins, et de leur aisance à les expliquer. Ils recommandaient les vaccins avec lesquels ils se sentaient à l'aise pour expliquer leurs avantages et leurs risques aux patients ou pour lesquels les sources d'informations officielles leur donnaient confiance (81).

Par exemple, la remise en cause de l'efficacité de la VAG par certains professionnels de santé est un frein à cette vaccination. La VAG devrait avoir un bénéfice en matière de morbi-mortalité or ses effets sont depuis longtemps mis en doute. Elle bénéficie d'une « efficacité ressentie » par la population mais non mesurée. Une revue systématique de la littérature a été publiée en 2015 et les études incluses concluaient toutes à une efficacité de la VAG en termes de morbi-mortalité chez les patients diabétiques. Mais il s'agissait d'études observationnelles, comprenant de multiples biais méthodologiques remettant en cause les résultats (82), tout comme celles analysées dans une méta-analyse, publiée en 2020, concluant à un risque plus faible d'hospitalisation pour pneumonie chez les patients diabétiques vaccinés contre la grippe (40).

A ce jour, la preuve certaine de l'efficacité de la VAG n'est pas assurée devant l'absence d'étude satisfaisante, c'est-à-dire, l'absence d'essai contrôlé randomisé évaluant rigoureusement l'efficacité de la VAG chez les patients diabétiques sur la réduction des hospitalisations et de la mortalité. Cependant, les études observationnelles, de plus faible niveau de preuve, suggèrent une efficacité de la

VAG et aucune étude ne remet en cause la politique vaccinale actuelle.

Alors que les données scientifiques actuelles n'incitent pas à prescrire l'Influenzium dans la prévention antigrippale, la réticence des MG à la vaccination est plus élevée chez ceux pratiquant l'homéopathie (83,84). Une revue systématique de la littérature a été réalisée en 2017 sur les bénéfices et les risques de l'Influenzium en prévention antigrippale. Aucune étude n'a montré une efficacité supérieure de l'Influenzium par rapport à un placebo, même si son innocuité a été démontrée. Son intérêt est donc remis en question, notamment devant le coût total de l'homéopathie (85).

Les PO et les IL sont des acteurs de santé susceptibles de favoriser la promotion de la vaccination auprès des patients, en collaboration avec les MG.

Une étude qualitative, menée en 2015 auprès d'infirmiers hospitaliers et libéraux des Hautes-Alpes, a analysé leurs représentations sur la vaccination et a retrouvé que les IDE favorisaient avant tout leur expérience personnelle et la balance bénéfices – risques de la vaccination dans leur décision. Contrairement aux IL de notre étude, ils exprimaient une faible adhésion au vaccin antigrippal. Ne se sentant pas en mesure de promouvoir la vaccination auprès de leurs patients, ils les redirigeaient rapidement vers le MG, se désengageant parfois de leur « rôle de soignant » (86).

A l'heure de la coordination, l'enquête de 2014 auprès des MG, retrouvait que 61 % des MG accepteraient de déléguer l'administration de vaccins à un IDE si une loi permettait de rémunérer cet IDE comme IDE rattaché à leur cabinet, 62.5 % de déléguer l'enregistrement des vaccinations dans le dossier médical, , alors que 74 % n'accepteraient pas de déléguer la prescription de vaccins à un IDE (76).

IV. PISTES D'AMELIORATION ET PERSPECTIVES

Les professionnels de santé sont en première ligne pour échanger avec leurs patients en matière de vaccination. Pour s'assurer de leur adhésion, ils doivent leur faire comprendre l'intérêt de celle-ci et créer un environnement rassurant, ce qui demande leur engagement et du temps. Une valorisation de ce temps dédié à la prévention, en particulier à la vaccination, serait une possibilité pour motiver les professionnels de santé. Leur donner un accès aux CV en temps réel, pourrait rendre plus attractif la vaccination, notamment avec des ROSP.

Communiquer sur la vaccination via les sources médiatiques semble nécessaire, notamment devant le développement des médias, d'internet et des réseaux sociaux dans notre société actuelle. La création d'une publicité, par exemple télévisée, visant la VAG et VAP des patients diabétiques, pourrait permettre d'informer les patients, plus ou moins les professionnels de santé, et engager la discussion du patient avec ces derniers. L'utilisation d'affiches publicitaires ou d'autocollants d'information sur les boîtes d'antidiabétiques oraux ou d'insuline était une autre idée proposée par les participants de l'étude.

L'autre perspective serait d'intégrer une page dédiée à la vaccination dans le carnet de suivi glycémique des patients ou de réaliser une fiche de suivi reprenant les suivis spécialisés du patient diabétique, les résultats biologiques ainsi que les vaccinations, permettant à tous les professionnels de santé et au patient d'y accéder facilement et régulièrement. Cette fiche pourrait être remise au début du suivi, lors de la demande d'ALD, et accessible en format papier ou informatisé, pour l'inclure dans le DMP.

L'idéal serait de réaliser une étude qualitative auprès des patients diabétiques, afin de prendre connaissance de leurs ressentis et de leurs vécus en matière de vaccination. Ils pourraient également évoquer des pistes d'amélioration de ces CV antigrippale et antipneumococcique, adaptés à leurs besoins de patients. Cela permettrait aux professionnels de santé et aux pouvoirs publics d'étudier leurs demandes pour modifier les campagnes de vaccination en conséquence.

Ils peuvent également être une aide précieuse dans l'élaboration d'outils répondant à leurs besoins pour le suivi de leurs vaccinations. Il apparaît crucial de positionner le patient au centre de la coordination de ses vaccinations.

CONCLUSION

La pandémie actuelle de la Covid-19 fait resurgir le débat de la vaccination. La méconnaissance des maladies à prévention vaccinale, la méfiance envers les vaccins ou la complexité du parcours de soin sont des raisons pouvant expliquer les insuffisances de VAG et de VAP chez les patients diabétiques. La VAG en officine, en multipliant les possibilités de vaccination, essaye de pallier une de ces raisons. L'alliance des professionnels de santé dans la vaccination semble nécessaire, et pour ce, chaque acteur doit s'investir dans la vaccination et y accorder du temps.

La formation des professionnels de santé en matière de vaccination doit être renforcée car ils sont en première ligne pour la défendre auprès des patients. Leur apporter des informations scientifiques, mais également aux patients, peut les aider à lutter contre la mésinformation transmise par les médias et internet.

Parler de vaccination aux patients est important. Le manque d'information explique l'insuffisance de VAP chez les patients diabétiques. Mais un dialogue plus convainquant et des patients plus réceptifs sont nécessaires pour augmenter les CV, comme le montre la VAG.

Utiliser les médias, internet et les réseaux sociaux, à l'heure de notre société connectée et influencée, semble capital. Mais pour éviter de renforcer la méfiance des patients, les informations transmises doivent être accessibles à tous, claires et transparentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bégué P. Vaccination Hesitation and Vaccination Challenges in 2017. *Int J Med Surg.* 1 mai 2017;4(Numéro spécial, ID 147).
2. World Health Organization. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy [Internet]. 2014 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
3. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine.* 13 sept 2016;12:295-301.
4. Ward JK, Peretti-Watel P, Bocquier A, Seror V, Verger P. Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France. *Nat Immunol.* oct 2019;20(10):1257-9.
5. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1).
6. Grippe [Internet]. Santé publique France. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe
7. Infections à pneumocoque [Internet]. Santé publique France. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque
8. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory tract infections in 195 countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis.* nov 2017;17(11):1133-61.
9. L'atlas du diabète de la FID. 9ème édition. [Internet]. Fédération internationale du diabète; 2019 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf#page=38&zoom=auto
10. Diabète : données [Internet]. Santé publique France. 2019 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete
11. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1008796,6677071,2461312,1417119&c=indicator&i=cv_grip2.cv_grip&s=2019-2020&selcodgeo=59&t=a02&view=map2
12. Les chiffres du diabète [Internet]. Centre européen d'étude du Diabète. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>

13. Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot-Campagna A, Weill A, Rudnichi A, et al. Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009;(42-43):455-60.
14. Le calendrier des vaccinations [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
15. Grippe saisonnière [Internet]. Vaccination Info Service. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Grippe-saisonniere>
16. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021 [Internet]. Ameli.fr. 2021 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/programmes-prevention/vaccination-grippe-saisonniere>
17. Méningites, septicémies et pneumonies à pneumocoque [Internet]. Vaccination Info Service. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-septicemies-et-pneumonies-a-pneumocoque>
18. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections invasives à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les personnes à risque [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=355>
19. Haut Conseil de la Santé Publique. Infections à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les adultes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=614>
20. Pneumovax [Internet]. Mes Vaccins.net. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.mesvaccins.net/web/vaccines/336-pneumovax>
21. Critchley JA, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Hosking FJ, Cook DG. Glycemic Control and Risk of Infections Among People With Type 1 or Type 2 Diabetes in a Large Primary Care Cohort Study. *Diabetes Care.* 1 oct 2018;41(10):2127-35.
22. Lichty JA. The Acute Infections in Diabetes Mellitus. *Trans Am Climatol Clin Assoc.* 1915;31:83-9.
23. Delamaire M, Maugendre D, Moreno M, Le Goff MC, Allannic H, Genetet B. Impaired leucocyte functions in diabetic patients. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* janv 1997;14(1):29-34.
24. Morigi M, Angioletti S, Imberti B, Donadelli R, Micheletti G, Figliuzzi M, et al. Leukocyte-endothelial interaction is augmented by high glucose concentrations and hyperglycemia in a NF- κ B-dependent fashion. *J Clin Invest.* 1 mai 1998;101(9):1905-15.

25. Luo B, Chan WFN, Lord SJ, Nanji SA, Rajotte RV, Shapiro AMJ, et al. Diabetes induces rapid suppression of adaptive immunity followed by homeostatic T-cell proliferation. *Scand J Immunol.* janv 2007;65(1):22-31.
26. Daryabor G, Atashzar MR, Kabelitz D, Meri S, Kalantar K. The Effects of Type 2 Diabetes Mellitus on Organ Metabolism and the Immune System. *Front Immunol.* 22 juill 2020;11.
27. Chávez-Reyes J, Escárcega-González CE, Chavira-Suárez E, León-Buitimea A, Vázquez-León P, Morones-Ramírez JR, et al. Susceptibility for Some Infectious Diseases in Patients With Diabetes: The Key Role of Glycemia. *Front Public Health.* 16 févr 2021;9.
28. Knapp S. Diabetes and Infection: Is There a Link? - A Mini-Review. *Gerontology.* 2013;59(2):99-104.
29. Shah BR, Hux JE. Quantifying the Risk of Infectious Diseases for People With Diabetes. *Diabetes Care.* 1 févr 2003;26(2):510-3.
30. Benfield T, Jensen JS, Nordestgaard BG. Influence of diabetes and hyperglycaemia on infectious disease hospitalisation and outcome. *Diabetologia.* 1 mars 2007;50(3):549-54.
31. Klekotka RB, Mizgala E, Król W. The etiology of lower respiratory tract infections in people with diabetes. *Adv Respir Med.* 2015;83(5):401-8.
32. Abu-Ashour W, Twells LK, Valcour JE, Gamble J-M. Diabetes and the occurrence of infection in primary care: a matched cohort study. *BMC Infect Dis.* 5 févr 2018;18(1):67.
33. Carey IM, Critchley JA, DeWilde S, Harris T, Hosking FJ, Cook DG. Risk of Infection in Type 1 and Type 2 Diabetes Compared With the General Population: A Matched Cohort Study. *Diabetes Care.* 1 mars 2018;41(3):513-21.
34. Magliano DJ, Harding JL, Cohen K, Huxley RR, Davis WA, Shaw JE. Excess Risk of Dying From Infectious Causes in Those With Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 1 juill 2015;38(7):1274-80.
35. Mandereau-Bruno L, Fagot-Campagna A, Rey G, Piffaretti C, Antero-Jacquemin J, Latouche A, et al. Surmortalité sur la période 2002-2011 des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine par rapport à la population générale. *Cohorte Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(37-38):676-80.
36. Lina B, Georges A, Burtseva E, Nunes MC, Andrew MK, McNeil SA, et al. Complicated hospitalization due to influenza: results from the Global Hospital Influenza Network for the 2017–2018 season. *BMC Infect Dis.* 2 juill 2020;20(1):465.

37. Coleman BL, Fadel SA, Fitzpatrick T, Thomas S-M. Risk factors for serious outcomes associated with influenza illness in high- versus low- and middle-income countries: Systematic literature review and meta-analysis. *Influenza Other Respir Viruses*. 2018;12(1):22-9.
38. Hulme KD, Yan L, Marshall RJ, Bloxham CJ, Upton KR, Hasnain SZ, et al. High glucose levels increase influenza-associated damage to the pulmonary epithelial-endothelial barrier. *eLife*. 2020;9:1-20.
39. Lau D, Eurich DT, Majumdar SR, Katz A, Johnson JA. Working-age adults with diabetes experience greater susceptibility to seasonal influenza: a population-based cohort study. *Diabetologia*. 1 avr 2014;57(4):690-8.
40. Bechini A, Ninci A, Del Riccio M, Biondi I, Bianchi J, Bonanni P, et al. Impact of Influenza Vaccination on All-Cause Mortality and Hospitalization for Pneumonia in Adults and the Elderly with Diabetes: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Vaccines*. juin 2020;8(2):263.
41. Vamos EP, Pape UJ, Curcin V, Harris MJ, Valabhji J, Majeed A, et al. Effectiveness of the influenza vaccine in preventing admission to hospital and death in people with type 2 diabetes. *CMAJ*. 4 oct 2016;188(14):E342-51.
42. Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Pietrantonj CD. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2).
43. Demicheli V, Jefferson T, Pietrantonj CD, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(2).
44. Torres A, Blasi F, Dartois N, Akova M. Which individuals are at increased risk of pneumococcal disease and why? Impact of COPD, asthma, smoking, diabetes, and/or chronic heart disease on community-acquired pneumonia and invasive pneumococcal disease. *Thorax*. oct 2015;70(10):984-9.
45. Kyaw MH, Rose CE, Fry AM, Singleton JA, Moore Z, Zell ER, et al. The Influence of Chronic Illnesses on the Incidence of Invasive Pneumococcal Disease in Adults. *J Infect Dis*. 1 août 2005;192(3):377-86.
46. Garrouste-Orgeas M, Azoulay E, Ruckly S, Schwebel C, de Montmollin E, Bedos J-P, et al. Diabetes was the only comorbid condition associated with mortality of invasive pneumococcal infection in ICU patients: a multicenter observational study from the Outcomerea research group. *Infection*. oct 2018;46(5):669-77.
47. Bonten MJM, Huijts SM, Bolkenbaas M, Webber C, Patterson S, Gault S, et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1408544>. 18 mars 2015;

48. Huijts SM, van Werkhoven CH, Bolkenbaas M, Grobbee DE, Bonten MJM. Post-hoc analysis of a randomized controlled trial: Diabetes mellitus modifies the efficacy of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine in elderly. *Vaccine*. 3 août 2017;35(34):4444-9.
49. Kuo C-S, Lu C-W, Chang Y-K, Yang K-C, Hung S-H, Yang M-C, et al. Effectiveness of 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine on diabetic elderly. *Medicine (Baltimore)*. 1 juill 2016;95(26).
50. Falkenhorst G, Remschmidt C, Harder T, Hummers-Pradier E, Wichmann O, Bogdan C. Effectiveness of the 23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPV23) against Pneumococcal Disease in the Elderly: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 6 janv 2017;12(1).
51. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L. Hospitalisations pour Covid-19 au premier semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(Cov_4):2-8.
52. Kaminska H, Szarpak L, Kosior D, Wieczorek W, Szarpak A, Al-Jeabory M, et al. Impact of diabetes mellitus on in-hospital mortality in adult patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Acta Diabetol*. 20 mars 2021;1-10.
53. HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 : Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 nov 2020;1-58.
54. Lancement de la nouvelle campagne de vaccination contre la grippe [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-de-la-nouvelle-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe>
55. Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: [/determinants-de-sante/vaccination/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age)
56. Bulletin épidémiologique Grippe : Bilan de la surveillance, saison 2019-2020. [Internet]. Santé publique France. 2020 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: [santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe.-bilan-de-la-surveillance-saison-2019-2020](https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/bulletin-epidemiologique-grippe-bilan-de-la-surveillance-saison-2019-2020)
57. Wyplosz B, Fernandes J, Raguideau F, Leboucher C, Goussiaume G, Moïsi J. COVARISQ (estimation de la COuverture VAccinale des adultes à RISQues) : taux de vaccination des malades atteints de comorbidités en France en 2017. *Médecine Mal Infect*. 1 sept 2020;50(6, Supplement):S179-80.

58. Guillot C, Phirmis L, Servy H, Duputel B, Bauduceau B, Sultan A. Représentations et pratiques de vaccinations : enquête auprès de 3721 personnes diabétiques. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 sept 2020;68:S81-2.
59. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 14 août 2015;33(34):4161-4.
60. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 17 avr 2014;32(19):2150-9.
61. Gautier A, Chérial K, Jestin C, Groupe Baromètre santé 2016. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(Hors-série Vaccination):21-7.
62. Peretti-Watel P, Verger P, Raude J, Constant A, Gautier A, Jestin C, et al. Dramatic change in public attitudes towards vaccination during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in France. *Eurosurveillance*. 31 oct 2013;18(44):20623.
63. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy. *Hum Vaccines Immunother*. 8 août 2013;9(8):1763-73.
64. Czajka H, Czajka S, Biłas P, Pałka P, Jędrusik S, Czapkiewicz A. Who or What Influences the Individuals' Decision-Making Process Regarding Vaccinations? *Int J Environ Res Public Health*. juin 2020;17(12).
65. Article R4311-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913888/
66. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/
67. Article R4311-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416836/2017-11-17/
68. Décret n° 2018-805 du 25 septembre 2018 relatif aux conditions de réalisation de la vaccination antigrippale par un infirmier ou une infirmière. 2018-805 sept 25, 2018.
69. Décret n° 2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière. 2017-985 mai 10, 2017.

70. Vaccination à l'officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Vaccination-a-l-officine>
71. Décret n° 2021-248 du 4 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043216584>
72. Sultan A, Bauduceau B, Baron S, Brunot S, Casanova L, Chaumeil C, et al. Référentiel de la Société francophone du diabète (SFD) : vaccination chez la personne diabétique. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2020;14(1):46-57.
73. Bauduceau B, Galtier F, Nougaret G, Sultan A. L'opinion des professionnels de santé sur la question de la vaccination des personnes diabétiques. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2020;14(1):64-8.
74. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
75. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De Boeck Supérieur; 2014.
76. Le Maréchal M, Agrinier N, Verger P, Pulcini C. Quelles mesures sont perçues comme utiles par les médecins généralistes français pour améliorer leurs pratiques vaccinales ? *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(Hors-série Vaccination):36-40.
77. Tudrij B, Rehman M, Boussageon R. Une lecture critique des campagnes de communication institutionnelle en santé. *exercer* 2018;145:323-6.
78. Verger P, Flicoteaux R, Schwarzingler M, Sagaon-Teyssier L, Peretti-Watel P, Launay O, et al. Pandemic Influenza (A/H1N1) Vaccine Uptake among French Private General Practitioners: A Cross Sectional Study in 2010. *PLoS ONE*. 3 août 2012;7(8).
79. Charron J, Gautier A, Jestin C. Influence of information sources on vaccine hesitancy and practices. *Med Mal Infect*. nov 2020;50(8):727-33.
80. Nichol KL, Zimmerman R. Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding influenza and pneumococcal vaccinations for elderly and other high-risk patients: a nationwide survey. *Arch Intern Med*. 10 déc 2001;161(22):2702-8.
81. 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*. 1 août 2015;2(8):891-7.

82. Tchimbakala D, Casanova F. Efficacité de la vaccination antigrippale chez les sujets diabétiques. *exercer* 2015;121(suppl2):S38-S39.
83. Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gautier A, Pulcini C, et al. Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014. *Eurosurveillance*. 24 nov 2016;21(47):30406.
84. Pulcini C, Massin S, Launay O, Verger P. Factors associated with vaccination for hepatitis B, pertussis, seasonal and pandemic influenza among French general practitioners: A 2010 survey. *Vaccine*. 20 août 2013;31(37):3943-9.
85. Hazard A, Bourrion B, Baltazard H, Fournier L, François M. Bénéfices et risques de la prescription d'un traitement homéopathique en prophylaxie antigrippale : exemple de l'influenzinum. *exercer* 2018;148:465-71.
86. Rouillet A, Aumaitre B, Janczewski A. Motivations et réticences à la vaccination. *exercer* 2017;133:196-202.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Données de l'Assurance Maladie

Données de l'Assurance Maladie

Pathologies « exonérantes » ciblées	Codes cim 10	Nombre de patients sur 8 ans	Vaccins grippe 2017 %	Vaccins pneumo %
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	D46-D59.0- D59.1-D60-D61- D69.3-D70	3181	27	9
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères / Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémo-stase graves	D56-D57-D58- D59-M31.1 D68-D69	5944	25	11
Hémophilie A déficit en facteur VIII	D66	301	5	23
Hémophilie B déficit en facteur IX I	D67	47	-	-
Purpura et autres affections hémorragiques	D69	1028	20	9
Suites de transplantation d'organe	Z94-Z94.7	711	27	10
Affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	C82 à C84 C86 à C89 C92 à C96	7003	23	8
Maladie de Hodgkin	C81	1547	9	4
Lymphome non hodgkinien	C85	2131	24	5
Myélome multiple	C90	2260	28	15
Leucémie lymphoïde	C91	3727	29	13

Leucémie myéloïde	C92	2031	18	11
VIH	B24	1929	23	21
Cancer sein	C50	47 777	22	2
Cancer utérus	C53	3397	13	1
Cancer ovaire	C56	3083	17	2
Cancer thyroïde	C73	5135	17	2
Cancer vésicule biliaire	C23	348	20	3
Cancer colon	C18	15 334	29	3
Cancer foie	C22	2800	20	5
Insuffisance respiratoire chronique grave Asthme grave	J45 -J96.1	10 518	33	17
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves,	I05-I06-I07-I08-I27-I34-I35-I36-I37-I42-I47-I48-I50-I51-	102 418	37	6
Mucoviscidose	E84	467	41	40
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	N03-N04-N07-N11-N18-N25-Q60-Q61-Q62	18 245	34	9
Vascularites, lupus	M31-M32 M35	7116	27	11
Péri Artérite Noveuse	M30	421	25	25
Lupus érythémateux systémique,	M33	254	31	13
sclérodémie systémique	M34	574	18	11
diabète	E10	16 999	25	3
Maladie de Horton	M31	1927	36	8
Polyarthrite rhumatoïde évolutive	M05-M06-M08	13 882	25	13
Spondylarthrite grave	M07-M08.1-M45-M46	9 084	13	14
Rectocolite hémorragique	K51	6596	12	4
maladie de Crohn évolutive	K50	9059	9	5
Sclérose en plaques	G35	5755	6	1

ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour le focus group



GUIDE D'ENTRETIEN FOCUS GROUP

17/12/2019

Bonsoir,

Nous réalisons ce focus group dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. L'objectif est de prendre connaissance des diverses expériences et émotions vis-à-vis d'un thème particulier et d'élaborer un guide d'entretien, qui sera mis à profit lors d'entretiens individuels auprès d'autres professionnels de santé.

La durée moyenne prévue de cet entretien est d'1h à 1h30. Celui-ci est enregistré par deux appareils audio afin d'établir un recueil optimal et complet des données. Merci de nommer votre prénom avant chacune de vos interventions afin de faciliter la retranscription. L'anonymat sera garanti lors de celle-ci et lors de l'exploitation des données. Le verbatim vous sera transmis par mail si vous le souhaitez.

Une feuille circule autour de la table afin de recueillir votre consentement écrit à la participation ainsi qu'à l'enregistrement audio de ce focus group. Nous allons veiller au respect de la parole de chacun.

Nous vous remercions de votre participation.

- 1) Que vous évoque « la vaccination » ?
- 2) Selon vous, comment certains patients sont-ils suffisamment vaccinés ?
- 3) Pourquoi certains patients sont-ils insuffisamment vaccinés ?
- 4) Quelle est votre attitude vis-à-vis de la vaccination du patient diabétique ?
 - Vaccination antigrippale ?
 - Vaccination antipneumococcique ?
- 5) Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez déjà rencontrés face à la vaccination des patients diabétiques ?
- 6) Pensez-vous que la campagne de vaccination antigrippale 2018-2019, avec l'extension des compétences des pharmaciens d'officine, a modifié la perception de la vaccination par les patients diabétiques ? Et la vôtre ?
- 7) Pour conclure, quelles sont vos suggestions afin d'améliorer la couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques ? Quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste, pour pouvoir améliorer ce taux de couverture vaccinale ?

Question annexe :

- 8) Avez-vous une idée ou remarque afin d'améliorer ce guide d'entretien ?

ANNEXE 3 : Guide d'entretien pour les entretiens individuels MG – PO – IL



GUIDE D'ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES

- 1) Quelle est la place de la vaccination dans votre activité de professionnel de santé ?
- 2) Pouvez-vous me décrire comment vous abordez la vaccination avec vos patients ?
- 3) Quels sont les difficultés et obstacles que vous avez déjà rencontrés face à la vaccination dans votre pratique quotidienne ?
- 4) Concernant vos patients diabétiques, avez-vous une démarche spécifique vis-à-vis de leurs vaccinations ?
- 5) Chez les patients diabétiques, les dernières recommandations vaccinales préconisent la vaccination antigrippale annuelle et la vaccination antipneumococcique en plus des vaccinations habituelles.
Estimez-vous être suffisamment informé de ces recommandations ?
Si oui, comment en avez-vous été informé ?
- 6) Plus particulièrement pour la grippe, les infirmiers libéraux ont la compétence de vacciner leurs patients, et depuis l'hiver 2018 – 2019, les pharmaciens d'officine également.
Qu'en pensez-vous ?
- 7) Les patients diabétiques ne sont pas suffisamment vaccinés contre la grippe et contre le pneumocoque.
Comment l'expliquez-vous ?
- 8) Quels seraient, selon vous, les moyens à mettre en place afin de coordonner la prise en charge vaccinale du patient diabétique entre les différents professionnels de santé ?
- 9) Pour conclure, avez-vous des suggestions et quels seraient vos besoins, en tant que médecin généraliste, pour pouvoir améliorer la couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques ?
- 10) Pensez-vous que l'épidémie Covid-19 va modifier la prise en charge vaccinale des patients diabétiques ?

GUIDE D'ENTRETIEN PHARMACIENS D'OFFICINE

- 1) Quelle est la place de la vaccination dans votre activité de professionnel de santé ?
- 2) Pouvez-vous me décrire comment vous abordez la vaccination avec vos patients ?
- 3) Quels sont les difficultés et obstacles que vous avez déjà rencontrés face à la vaccination dans votre pratique quotidienne ?
- 4) Concernant vos patients diabétiques, avez-vous une démarche spécifique vis-à-vis de leurs vaccinations ?
- 5) Chez les patients diabétiques, les dernières recommandations vaccinales préconisent la vaccination antigrippale annuelle et la vaccination antipneumococcique en plus des vaccinations habituelles.
Estimez-vous être suffisamment informé de ces recommandations ?
Si oui, comment en avez-vous été informé ?
- 6) Plus particulièrement pour la grippe, les infirmiers libéraux ont la compétence de vacciner leurs patients, et depuis l'hiver 2018 – 2019, les pharmaciens d'officine également.
Qu'en pensez-vous ?
- 7) Les patients diabétiques ne sont pas suffisamment vaccinés contre la grippe et contre le pneumocoque.
Comment l'expliquez-vous ?
- 8) Quels seraient, selon vous, les moyens à mettre en place afin de coordonner la prise en charge vaccinale du patient diabétique entre les différents professionnels de santé ?
- 9) Pour conclure, avez-vous des suggestions et quels seraient vos besoins, en tant que pharmacien d'officine, pour pouvoir améliorer la couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques ?
- 10) Pensez-vous que l'épidémie Covid-19 va modifier la prise en charge vaccinale des patients diabétiques ?

GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIERS LIBERAUX

- 1) Quelle est la place de la vaccination dans votre activité de professionnel de santé ?
- 2) Pouvez-vous me décrire comment vous abordez la vaccination avec vos patients ?
- 3) Quels sont les difficultés et obstacles que vous avez déjà rencontrés face à la vaccination dans votre pratique quotidienne ?
- 4) Concernant vos patients diabétiques, avez-vous une démarche spécifique vis-à-vis de leurs vaccinations ?
- 5) Chez les patients diabétiques, les dernières recommandations vaccinales préconisent la vaccination antigrippale annuelle et la vaccination antipneumococcique en plus des vaccinations habituelles.
Estimez-vous être suffisamment informé de ces recommandations ?
Si oui, comment en avez-vous été informé ?
- 6) Plus particulièrement pour la grippe, les infirmiers libéraux ont la compétence de vacciner leurs patients, et depuis l'hiver 2018 – 2019, les pharmaciens d'officine également.
Qu'en pensez-vous ?
- 7) Les patients diabétiques ne sont pas suffisamment vaccinés contre la grippe et contre le pneumocoque.
Comment l'expliquez-vous ?
- 8) Quels seraient, selon vous, les moyens à mettre en place afin de coordonner la prise en charge vaccinale du patient diabétique entre les différents professionnels de santé ?
- 9) Pour conclure, avez-vous des suggestions et quels seraient vos besoins, en tant qu'infirmier libéral, pour pouvoir améliorer la couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique des patients diabétiques ?
- 10) Pensez-vous que l'épidémie Covid-19 va modifier la prise en charge vaccinale des patients diabétiques ?

CARACTERISTIQUES DU PARTICIPANT :

- SEXE :
- AGE :
- TYPE D'ACTIVITE : rural / semi-rural / urbain
- MODE D'EXERCICE : cabinet seul / de groupe / MSP
- ANNEE DE THESE / NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE :
- ENVOI DU VERBATIM : oui / non
- ENVOI DES RESULTATS : oui / non

ANNEXE 4 : Informations communiquées lors du recrutement téléphonique



INFORMATIONS LORS DU RECRUTEMENT

Bonjour,

Je suis Charlotte MONTEIRO, interne en Médecine Générale à la faculté de Lille.

Pour mon travail de thèse, je réalise des entretiens auprès de différents professionnels de santé dans le Cambrésis, dont des médecins généralistes / pharmaciens d'officine / infirmiers libéraux, sur un thème gardé secret.

J'aimerais savoir si vous accepteriez de participer à un entretien présentiel sur le lieu de votre choix ou par téléphone.

L'objectif est de prendre connaissance de votre expérience et de vos sentiments vis-à-vis d'un thème donné.

L'entretien dure en moyenne 15 minutes.

Il est enregistré par un dictaphone afin de recueillir toutes les données mais l'anonymat sera garanti lors de la retranscription et de l'exploitation de celles-ci.

La retranscription et les résultats de l'étude vous seront transmis si vous le souhaitez.

En cas de question sur le sujet de l'entretien :

Je préfère ne pas vous indiquer le sujet de la thèse afin de ressentir vos premières émotions par rapport au thème étudié lors de l'entretien. Sachez que cela n'est en rien une évaluation de vos connaissances mais a pour but d'améliorer la prise en charge des patients.

ANNEXE 5 : Lettre d'information pour les professionnels de santé



LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE MEDICALE

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude pour la recherche en Médecine, dans le cadre du travail de thèse de Madame MONTEIRO Charlotte, étudiante à l'Université de Lille en Médecine Générale.

Votre participation est volontaire. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou de la quitter à tout moment sans avoir à vous justifier.

L'objectif de l'étude est de recueillir votre expérience et vos sentiments concernant un thème donné, en lien avec votre activité professionnelle.

Cet entretien aura lieu, à votre convenance, à votre cabinet médical ou à votre domicile ou par téléphone. La durée de l'entretien n'est pas imposée, elle sera d'environ un quart d'heure, et vous pouvez y mettre fin à tout moment.

L'entretien n'est pas filmé mais il est enregistré au moyen d'un dictaphone, afin de permettre une retranscription intégrale de l'entretien.

L'anonymat sera préservé au cours de l'entretien ainsi qu'au cours de l'analyse des données. Vos nom et prénom ne seront pas mentionnés au cours de l'entretien et n'apparaîtront sur aucun document en lien avec ce travail de thèse.

Toute information vous concernant, recueillie pendant l'entretien, sera traitée de façon confidentielle.

La retranscription de l'entretien et les résultats de l'étude peuvent vous être communiqués si vous le souhaitez.

Nous vous remercions d'avance.

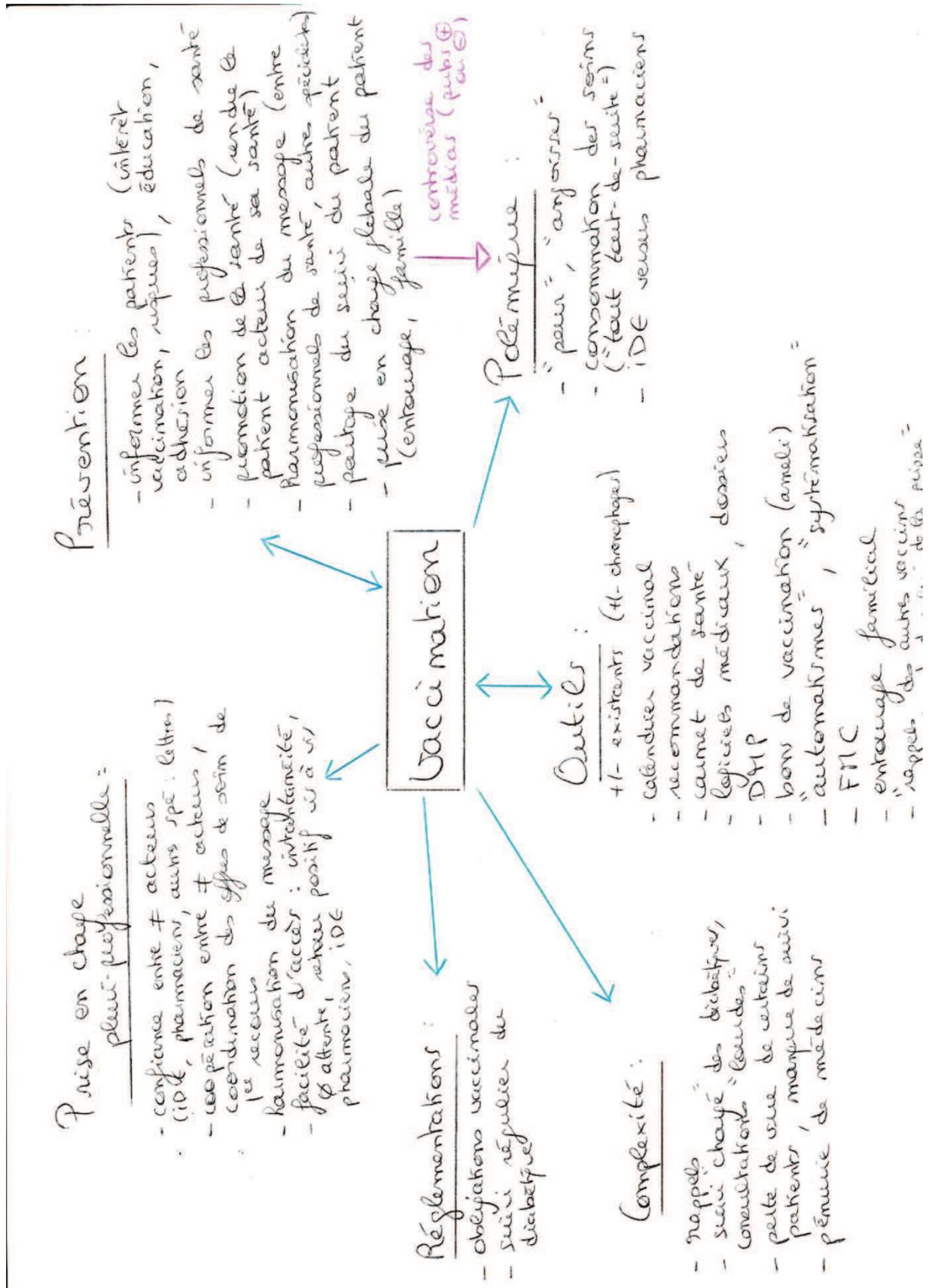
Organisateurs de l'étude :

Mme MONTEIRO Charlotte, interne de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Lille

Dr LEGRAND – DUFOUR Delphine, médecin généraliste et maître de stage universitaire à Masnières

MONTEIRO Charlotte

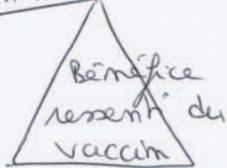
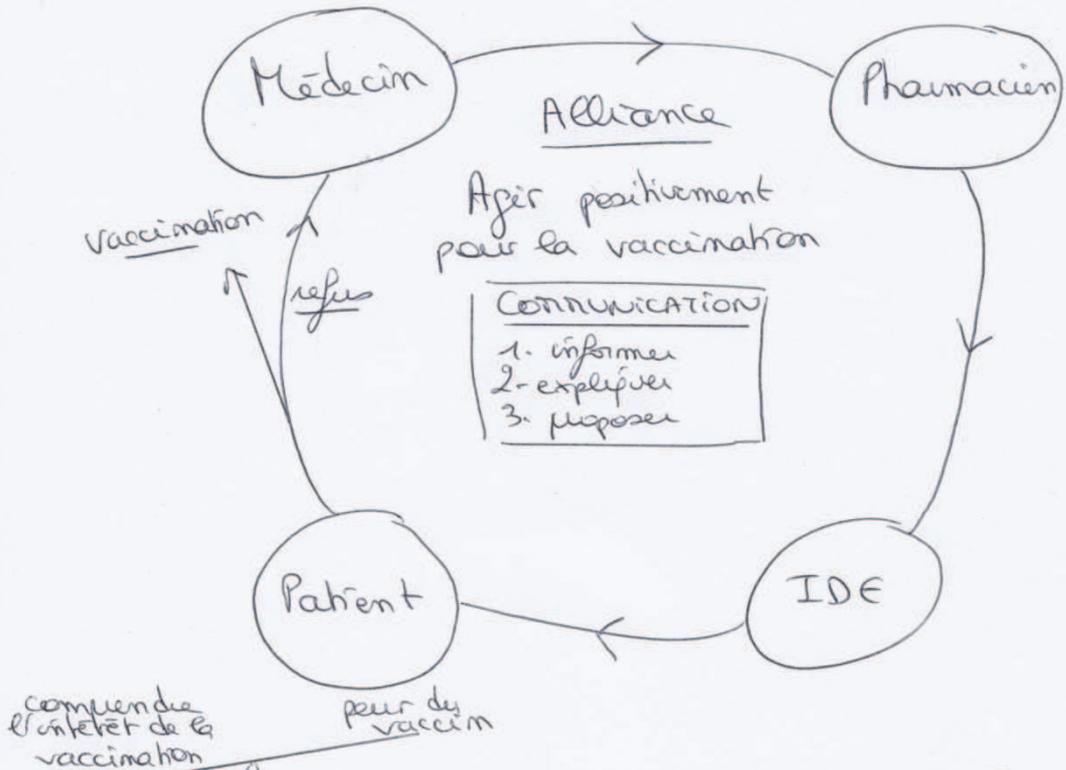
ANNEXE 6 : Schématisation du codage du focus group



ANNEXE 7 : Extraits du journal de bord

Modélisation suite aux premiers échanges :

- l'alliance apparaît au 1^{er} plan pour améliorer les CV
- travailler ensemble +++ , message commun : communication



Une balance ⊕ au ⊖ vers la vaccination.

→ être disponible !

- repose sur le temps = perdre le temps, accorder du temps +++
- importance de sensibiliser les patients diabétiques
- améliorer les connaissances des professionnels de santé
- faire reculer les idées reçues
- restaurer la confiance en la vaccination

Concepts

- ⊕ confraternité, alliance, engagement, communication, confiance, formation
- ⊖ temps, peur, inégalités, compétition

ANNEXE 8 : Grille COREQ

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions / Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Charlotte MONTEIRO, auteur, pour les entretiens individuels / Delphine LEGRAND, directrice de thèse, pour le focus group	Enquêteur / Animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Non	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne de médecine générale réalisant une étude pour sa thèse d'exercice	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Interne de médecine générale originaire du Cambrésis	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Entretiens individuels et analyse par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu</i>
Sélection des participants		
10. Echantillonnage par tirage au sort	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. Téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

12. Vingt participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Douze participants (six par manque de temps, deux par leur absence au rendez-vous et quatre par absence de réponse)	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Selon le souhait du participant : lieu professionnel / domicile	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, âge, type d'activité (rurale / semi-rurale / urbaine), mode d'exercice (seul / en groupe / MSP) et nombre d'années d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un focus group et un entretien exploratoire.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Pendant et après	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 18 min en moyenne (minimum 09 min et maximum 40 min)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non souhaité par les participants	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Deux. L'auteur et un chercheur indépendant pour le codage ouvert puis l'auteur seul pour le codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui par modélisation du codage	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Aucun	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimés des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui, identifiées par le numéro du participant	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation est-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

AUTEUR : Nom : MONTEIRO

Prénom : Charlotte

Date de soutenance : Jeudi 17 Juin 2021

Titre de la thèse : Vaccination antigrippale et antipneumococcique chez les patients diabétiques : étude qualitative auprès des professionnels de santé dans le Cambrésis

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : vaccination, diabète, grippe, pneumocoque, vaccination antigrippale, vaccination antipneumococcique, étude qualitative

Résumé :

Introduction : La France, pays de Louis Pasteur, pionnier de la vaccination, fait face depuis plusieurs années à une hésitation vaccinale croissante et à une insuffisance de vaccination, malgré l'entrée en jeu des différents professionnels de santé de premiers recours. L'objectif de cette étude a été d'expliquer l'insuffisance de couverture vaccinale antigrippale et antipneumococcique chez les patients diabétiques dans le Cambrésis.

Matériels et méthode : Une étude qualitative a été menée par focus group et entretiens individuels auprès de médecins généralistes, de pharmaciens d'officine et d'infirmières libérales du Cambrésis, entre décembre 2019 et octobre 2020. L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée, avec double analyse permettant une triangulation des données.

Résultats : Un focus group et quinze entretiens ont permis d'obtenir la suffisance des données. La complexité de la vaccination des patients diabétiques était évoquée par les professionnels de santé pour expliquer ces insuffisances vaccinales. La peur des patients, renforcée par la mésinformation médiatique, apparaissait comme un obstacle à l'abord de la vaccination, notamment antigrippale. Le manque d'information sur la vaccination antipneumococcique était jugé responsable de son insuffisance de couverture. Malgré le professionnalisme de certains, l'investissement des professionnels de santé différait. Leur alliance était nécessaire afin de faire face aux croyances populaires, sources d'impuissance. La coordination, considérée comme complexe et émaillée d'inégalités interprofessionnelles, devait être améliorée.

Conclusion : A l'heure où la pandémie de la Covid-19 fait resurgir l'importance de la vaccination, sensibiliser les patients diabétiques aux recommandations vaccinales semble essentiel, notamment avec l'aide des instances sanitaires et des sources d'information médiatiques. Les professionnels de santé doivent faire preuve de compétences communicationnelles, accorder du temps à la vaccination, et s'unir pour faire face à la méfiance des patients afin de restaurer la confiance en la vaccination.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Anne VAMBERGUE

Assesseurs : Madame le Docteur Caroline DE PAUW, Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Delphine LEGRAND – DUFOUR