

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Croyances et ressentis du médecin généraliste ayant refusé la
vaccination contre la COVID-19.**

Présentée et soutenue publiquement le 06 juillet 2023 à 18 heures
au Pôle Formation

par Kévin CASSAM CHENAÏ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Dominique DEPLANQUE

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

Avertissement

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

**CROYANCES ET RESENTIS DU MÉDECIN
GÉNÉRALISTE
AYANT REFUSE LA VACCINATION CONTRE LA
COVID 19**

Étude qualitative menée dans les Hauts de France

Kévin CASSAM CHENAI

«Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences..... »

Serment d'Hippocrate

Résumé

Contexte : L'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les soignants est adoptée le 25 juillet 2021. Cette mesure ne fait pas l'unanimité. Certains médecins généralistes décident de refuser de se faire vacciner.

Comprendre « les croyances et les ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 ».

Méthode : Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) de 4 entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes de la région Hauts de France ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 et ayant été suspendus du système de santé.

Résultats : Les doutes concernant les vaccins contre la Covid-19 sont venus s'ajouter au manque de confiance envers les autorités de santé qui s'est installé dès le début de la pandémie.

La difficulté d'accès à une information scientifique de qualité, la communication de l'information scientifique sans qu'elle soit suffisamment équilibrée a alimenté cette défiance.

Chez certains médecins généralistes qui se sentaient déjà hésitants, la mise en place de l'obligation vaccinale a eu pour conséquence de créer une réelle césure, ils se sont retrouvés catalogués d'« Antivax » et de « Complotistes ».

Conclusion : Mieux comprendre les réticences de ces médecins généralistes apparaît essentiel et constitue un enjeu de santé publique.

Impliquer plus le médecin généraliste dans le système de pharmacovigilance, assurer une transparence de l'information et faciliter l'accès aux travaux scientifiques sur lesquelles reposent les décisions semble indispensable pour restaurer la confiance envers les autorités gouvernementales. Echanger, convaincre plutôt que contraindre qui aurait plutôt tendance isoler et stigmatiser.

Liste des abréviations et définitions

Abréviations :

ACE2 : Angiotensin Converting Enzyme 2
AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
ARN : Acide RiboNucléique
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BTCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIVD : Coagulation IntraVeineuse Disséminée
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
COMETS : Comité d'Éthique du CNRS
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP : Comités de Protection des Personnes
COVID-19 : Coronavirus Disease 2019
DGS : Direction Générale de la Santé
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DREES : Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques
EBM : Evidence Based Medicine
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMA : Agence Européenne du Médicament
EPU : Enseignement Post Universitaire
FDA : Food and Drug Administration
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HTA : Hyper Tension Artérielle
IFN : Interféron
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
MERS-Cov : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

PCR : Polymérase Chain Reaction
PIMS : Syndrome Inflammatoire Multi Systémique Pédiatrique
SARS-Cov : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus
SEP : Sclérose En Plaque
SDRA : Syndrome de détresse respiratoire aigüe
SIRS : Syndrome Inflammatoire de Réponse Systémique
SHA : Solution Hydro Alcoolique
TLR : Toll-Like Receptors
T2A : Tarification à l'Activité
TNF : Tumor Necrosis Factor
TVP/EP : Thrombose Veineuse Profonde / Embolie Pulmonaire
URPS : Union Régionale des Professions de Santé
VNI : Ventilation Non Invasive

Définitions :

Vaccin : Consiste à administrer à une personne en bonne santé une forme atténuée ou inactivée d'un agent infectieux ou bien certains de ses composants, ou encore du matériel génétique qui code pour un de ses composants.

Vaccin ARNm: C'est un type de vaccin activant le système immunitaire au moyen d'ARN messager dont la séquence nucléotidique code une protéine identique ou semblable à un antigène d'agent pathogène.

Hésitation vaccinale :(*définition OMS*) fait de retarder ou de refuser une vaccination sûre malgré sa disponibilité.

Complotiste : (*ou conspirationisme*) Celui qui interprète des faits réels considérés comme étant imputables à des groupes agissant secrètement à leur profit et contre l'intérêt général, avec les médias et les institutions comme complices.

Fake news: Désigne une fausse information bénéficiant le plus souvent d'une large diffusion dans les médias, notamment sur internet et les réseaux sociaux.

Antivax : Personne qui est contre la vaccination et qui remet en question son caractère efficace ou pense qu'elle peut être nuisible pour la santé de la personne recevant le vaccin.

EPI-PHARE : Groupement d'intérêt scientifique constitué par l'ANSM et la CNAM, apporte une expertise publique en épidémiologie des produits de santé.

1° partie

I- Préambule à l'étude

I-1- Le contexte

Au mois de décembre 2019 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est prévenue de l'émergence de cas de pneumopathies sévères inexplicables dans la province de Wuhan en Chine. Un nouveau coronavirus, appelé Coronavirus SARS-CoV-2 est identifié et malgré une mise en quarantaine de dizaines de millions de personnes en Chine, la propagation du virus est très rapide. (1)(2)

Début avril 2020 plus d'un million de cas sont signalés à travers le monde. Des mesures de confinement strictes sont imposées dans plusieurs pays du monde afin de tenter d'endiguer la propagation du virus. Mesures insuffisantes, les services hospitaliers de réanimations se retrouvent rapidement débordés.

Immédiatement, l'ensemble de la communauté scientifique s'engage dans une course contre la montre pour la mise au point de moyens de prévention et de soin contre la pandémie de Covid-19.

Des financements mondiaux hors norme sont attribués pour la recherche dans l'élaboration dans un premier temps de test de dépistage et dans un deuxième temps dans la mise au point d'un ou de plusieurs vaccin(s). (3)

Quelques mois après le début de la pandémie (décembre 2020), le premier vaccin anti-Covid-19 est homologué par l'OMS. Jamais l'industrie pharmaceutique n'a connu une telle rapidité dans l'élaboration d'un vaccin. (3)

I-2 - Le Coronavirus SARS-COV-2

Le virus responsable de l'épidémie COVID-19, est un virus de la famille des **coronavirus**, dénommé **SARS-CoV-2**, en raison du **syndrome respiratoire aigu sévère** (SRAS en français ou SARS en anglais) qu'il peut causer aux personnes qu'il infecte. (4)

I-2-1 : Description succincte

Le SARS-CoV-2 est un virus enveloppé à ARN, dont le génome code pour 15 gènes : les deux tiers du génome codent un gène réplacase qui sera traduit en deux polyprotéines (pp1a et pp1ab), clivées ensuite en seize protéines non structurales indispensables à la réplication virale. Le tiers restant code pour 4 protéines de structure : une protéine de surface Spike (S), une protéine d'enveloppe (E), une protéine de membrane (M) et une protéine de nucléocapside (N). Le génome du SARS-CoV-2 présente 79% d'homologie avec le SARS-CoV-1 et 52% d'homologie avec le MERS-CoV. (4)(6)

I-2-2 : Origine (5)

A ce jour, l'origine du SARS-CoV-2 ainsi que les causes de sa propagation à l'échelle de la planète ne sont pas totalement élucidées.

Plusieurs hypothèses sont avancées:

► Le virus aurait été transmis de la chauve-souris à l'Homme via une espèce animale non encore identifiée (pangolin?). Mais, jusqu'à présent, aucune transmission virale directe n'avait été décrite entre cette espèce et l'humain.

► Le virus circulerait depuis plusieurs années chez l'Homme, à bas bruit, jusqu'à ce qu'une mutation récente l'ait rendu plus virulent et pathogène.

► Erreur de manipulation dans le laboratoire de Wuhang (piste fréquemment évoquée, mais jamais prouvée).

I-2-3 Transmission (6)

Cette maladie à tropisme pulmonaire est transmise soit par inhalation d'aérosol, soit par contact direct avec une personne infectée ou indirectement par des objets contaminés.

I-2-4 Physiopathologie (6)

Le virus SARS-COV-2 pénètre dans la cellule épithéliale et immunitaire alvéolaire par liaison de sa protéine S avec le récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2

(ACE2). La reconnaissance de la protéine Spike par les TLR (...) des monocytes entraîne une sécrétion d'IL-6 et de TNF alpha, responsable d'une inflammation locale.

Après son entrée dans la cellule, l'ARN viral va aussi entraîner la production d'interférons de type 1 (IFN-1). Parfois la production d'IFN-1 est insuffisante pour contrôler l'infection favorisant ainsi la réplication virale. Et parfois l'inefficacité de la réponse immunitaire initiale entraîne une amplification de la réponse inflammatoire responsable d'une aggravation clinique chez certains patients pouvant aller jusqu'à l'apparition d'un SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu) et la défaillance multiviscérale. Et d'autre part une activation de la coagulation responsable d'évènements thrombotiques veineux dont les mécanismes physiopathologiques sont encore méconnus.

I-3 Les vaccins (7)

Au début de la pandémie de la Covid 19, les laboratoires de recherche du monde se sont mobilisés pour mettre au point un vaccin pour tenter de l'endiguer en urgence.

Parmi les solutions vaccinales envisagées, la vaccination à ARN messager, peu connue jusqu'ici est proposée pour lutter contre cette pandémie. Présentée comme sûre et efficace, la vaccination contre la Covid-19 s'impose rapidement comme la meilleure solution pour espérer maîtriser durablement l'épidémie et enfin atteindre une protection collective suffisante et permettre un retour à la vie quotidienne normale.

I-3-1 Les vaccins proposés

Moins d'un an après le début de la pandémie l'EMA (au niveau européen) et l'ANSM (au niveau français) autorisent la mise sur le marché conditionnelle de plusieurs vaccins:(8)(9)

- le 21 décembre 2020 : **Comirnaty Pfizer**
- le 06 janvier 2021 : **Spikevax Moderna**
- le 29 janvier 2021 : **Vaxzevria Astrazeneca**
- le 18 mars 2021 : **Jcovden Jansen**

• **Les vaccins à ARN messenger** : COMIRNATY® issu de la collaboration entre les laboratoires Pfizer/BioNTech et SPIKEVAX® du laboratoire Moderna. Le principe des vaccins à ARNm consiste à injecter dans l'organisme des molécules d'ARNm. Ces molécules d'ARNm sont encapsulées dans des particules de lipides. Elles ordonnent ensuite à nos cellules de fabriquer la protéine Spike, spécifique du virus. A la suite de cette production, la réponse immunitaire sera activée. Ces molécules sont ensuite rapidement éliminées.

- **Les vaccins à ADN recombinant** : le vaccin VAXZEVRIA® du laboratoire AstraZeneca et le vaccin Ad26.COV2.S du laboratoire JANSSEN.

Le schéma vaccinal est différent selon le type de vaccin et/ou un antécédent d'infection à la Covid. L'efficacité et la sécurité de ces vaccins ont été évaluées dans des essais cliniques de grande taille menés au cours de l'année 2020. Les résultats des études mettent en évidence l'effet majeur de la vaccination sur la réduction du risque de formes graves de COVID-19 en France avec, sur ce critère, une réduction du risque d'hospitalisation estimée à 92% (91% à 94%) parmi les personnes vaccinées, 94% (88% à 97%) pour Vaxzevria Astrazeneca. (10)

Ces vaccins (Comirnaty Pfyzer, Spikevax Moderna et Vaxzevria Astrazeneca) sont utilisés pour prévenir les formes sévères de COVID-19 et, à un moindre degré, pour diminuer la transmission de cette infection et prévenir les formes légères à modérées. (11)

- **Les vaccins bivalents** sont considérés comme mieux adaptés aux virus en circulation. Ils seront validés par l'Agence Européenne du Médicament en septembre 2022 : (12)(13)

Spikevax Bivalent Original Omicron BA.1,
Spikevax Bivalent Original Omicron BA.4.-5
Comirnaty Bivalent Original Omicron BA.1,
Comirnaty Bivalent Original Omicron BA.4.-5

D'après les dernières données obtenues en vie réelle, leur efficacité est au moins équivalente, voire supérieure, à celle des vaccins originaux.

I-3-2 Les effets secondaires (signaux confirmés fin 2022). (9)

Comirnaty Pfyzer

Hypertension artérielle/ Myocardite / Péricardite/ Métrorragies

Spikevax Moderna

Hypertension artérielle / Réaction retardée (réaction locale douloureuse, érythémateuse, prurigineuse au site d'injection) / Myocardite / Péricardite / Erythème polymorphe / Métrorragies

Vaxzevria Astrazeneca

Thrombose veineuse profonde / Embolie Pulmonaire

Nuvaxovid Novavax

Paresthésies (sensation de fourmillement à la surface de la peau) / Hypoesthésie (perte de sensibilité) / Myocardite / Péricardite

I-4 – La vaccination en France et en Europe en 2021⁽¹⁴⁾

Présentée comme sûre et efficace, la vaccination contre la Covid-19 s'impose rapidement comme la meilleure solution pour espérer maîtriser durablement l'épidémie et enfin atteindre une protection collective suffisante pouvant permettre un retour à la vie quotidienne normale. Dès lors, chaque pays entreprend des démarches de nature politique pour décider de l'utilisation du ou des vaccin(s). La politique vaccinale est tributaire de l'économie des vaccins mise en œuvre par les entreprises pharmaceutiques.

Le 27 décembre 2020 la vaccination débute en France, les groupes prioritaires ciblés sont les soignants en première ligne pour qui le risque d'infection est élevé, les personnes âgées et les personnes chez qui le risque de décès est élevé en raison d'affections chroniques telles les cardiopathies ou le diabète.

Avec l'apparition de variants la stratégie évolue ouvrant progressivement la vaccination à d'autres tranches d'âges (*les variants sud africain, brésiliens et anglais font craindre une augmentation des cas ou une diminution de l'efficacité des vaccins*).

Le 11 mars 2021, l'agence européenne du médicament (EMA) autorise la mise sur le marché conditionnelle du vaccin Jansen du laboratoire Johnson et Johnson (premier vaccin nécessitant une seule injection).

Le 18 mars, l'agence européenne du médicament suspend l'utilisation du vaccin ASTAZENECA après des soupçons d'effets secondaires graves (cas de TVP et d'EP) mais reste cependant recommandé uniquement chez les personnes âgées de 55 ans et plus. (*Vaxzevria Astrazeneca ne sera plus utilisé en décembre 2022*) (15)(16)

Le 31 mars le président français annonce un reconfinement en France.

Le 12 avril l'Europe franchit un nouveau cap avec plus d'un million de décès recensés dû au Covid 19 (*à la même période on comptait 14-15 million de doses inoculées en France*).

Le 14 avril l'Union européenne atteint les 100 millions de doses de vaccins, des questionnements subsistent concernant la durée d'immunité ou le niveau de contagiosité des personnes vaccinées. Certains variants inquiètent, c'est le cas du variant brésilien.

Le 26 avril l'Union européenne attaque ASRAZENECA en justice pour non respect des délais de livraison des vaccins, ce qui entraîne une réorientation de la stratégie vaccinale européenne au profit des laboratoires Pfyzer et Moderna, produisant des vaccins à ARN messenger.

Le 28 avril adoption par le parlement européen du « passeport sanitaire » prouvant l'absence de contagiosité de son détenteur.

Le 29 avril le président Macron amorce un déconfinement par étape, avec le 30 juin la suppression du couvre feu.

Le 4 mai l'Agence Européenne du Médicament (EMA) annonce l'examen du vaccin contre la Covid 19 fabriqué par les laboratoires Chinois Sinovac et Sinopharm, ainsi que les vaccins Novavax (américain), CureVac (allemand) et Spoutnik (russe).

Le 08 juin le parlement européen vote en faveur du pass sanitaire.

Le 21 juillet extension du pass sanitaire en France afin de limiter la propagation du variant Delta en France. La vaccination est par ailleurs rendue obligatoire pour les soignants.

Le 5 août 2021, la loi n° 2021-1040 relative à la gestion de la crise sanitaire est promulguée en France. (17)

Le 15 septembre 2021, la vaccination est obligatoire pour travailler dans le secteur de la santé et du social. A cette même date, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis début septembre 2021 une dose de rappel pour la population de 65 ans et plus, pour certains malades présentant des facteurs de risque de forme sévère. (18)

Le 6 octobre 2021 le **rappel est élargi aux professionnels de santé et médico-sociaux.**

Le 5 novembre 2021 la "DGS urgent" recommande l'utilisation du vaccin Comirnaty (pfyzer BioNtech) pour la vaccination des personnes de moins de 30 ans (primo vaccination et rappel) par rapport au vaccin Spikevax (Moderna). (19)

Le 27 septembre 2022 l'Agence Européenne du Médicament (EMA) **valide trois vaccins bivalents**, adaptation des vaccins ARN messenger déjà disponibles depuis le début de la campagne de vaccination contre la Covid 19 recommandant à compter du 27 octobre une dose additionnelle préférentiellement avec un vaccin à ARN messenger bivalent.(12)(13)

Le 5 décembre 2022 l' **HAS recommande les formules bivalentes pour le rappel des personnes de plus de 65 ans** et de celles à risque de formes graves.

Alors que les vaccins monovalents quant à eux sont utilisés à demi dose pour le rappel. (20)

La loi n° 2021-1040

Loi relative à la gestion de la crise sanitaire qui prévoit notamment la présentation du pass-sanitaire par les salariés de certains établissements recevant du public et par les soignants à compter du 30 août. Loi validée par le Conseil Constitutionnel le 5 août 2021, promulguée le 6 août 2021.

Parmi plusieurs mesures, elle stipule **l'obligation vaccinale obligatoire contre la Covid-19 pour les personnes travaillant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux.**

"...à partir du 15 septembre, les soignants, médecins, tout le corps médical et le personnels des établissements de santé ne pourront plus exercer leur activité en l'absence d'un pass-sanitaire : les autres documents tels que le test PCR ne seront plus suffisants ..."

2° partie

II- L'étude

II-1 – Introduction à l'étude

En termes de médecine préventive, la vaccination est considérée comme une des meilleures avancées de santé publique. Pourtant, malgré une efficacité unanimement reconnue par tous, « *le baromètre santé publique France* » constate que, depuis quelques années, le taux de personnes défavorables à la vaccination est en augmentation passant de 8,5 % en 2000 à 23,3 % en 2017 alors que dans le même temps le taux des personnes très favorables aux vaccins diminue de 43 % à 26,6 %. (21)

Lors de pandémies la perception du risque d'infection plus que la crainte des effets indésirables liés aux vaccins influence la prise de décision concernant ceux-ci.

La pandémie de la grippe H1N1 de 2009/2010 apparaît comme le point de basculement de cette méfiance vaccinale dans l'hexagone avec la démocratisation d'internet et l'influence qu'elle permet via les réseaux sociaux, blogs, web, TV qui deviennent de nouveaux canaux de diffusion (notamment des rumeurs liées aux vaccins).(22)

Parmi les solutions vaccinales envisagées, la vaccination à ARN messenger, peu connue jusqu'ici, est proposée pour lutter contre cette pandémie.

Cette vaccination d'un nouveau « type », tout d'abord réservée aux personnes les plus fragiles, ayant des comorbidités, (principalement les personnes âgées), s'étend ensuite à l'ensemble de la population. (23)

D'après le sondage *Gallup de 2019*, 73% des personnes font d'avantage confiance aux professionnels de santé notamment aux médecins généralistes qu'à toute autre source de conseil (médias, réseaux sociaux...). Pour les patients, le médecin généraliste à un rôle majeur dans l'information et dans l'influence du choix de la vaccination. (24)

Malgré tout, des réticences voire des refus apparaissent en raison du manque d'informations scientifiques et des craintes sur ce nouveau type de vaccin à ARN messenger.

C'est dans un contexte d'hésitation vaccinale grandissante que **le 5 août 2021, la loi n° 2021-1040** relative à la gestion de la crise sanitaire est promulguée. Les professionnels de santé se voient imposer une vaccination conditionnant la poursuite de leur activité (mesure qui ne fait pas l'unanimité chez les soignants).

Après avoir été encensés pendant le premier confinement pour leur combat en première ligne, certains soignants sont désignés « antivax », coupables de ne pas se soumettre à la vaccination. C'est à ces médecins généralistes ayant refusé l'obligation vaccinale contre la Covid 19 que nous nous intéresserons. Nous tenterons de comprendre les influences qui ont guidé leur choix. Quels sont les ressentis et les croyances de ces médecins généralistes non vaccinés contre la Covid-19 face à cette pandémie ?

II-2- Méthode

II-2-1 : Choix de la méthode

Elle se base sur des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 et ayant dû arrêter leur profession en raison de ce refus. Ces médecins sont dans le débat très peu interrogés.

Ce type d'étude est le plus approprié pour répondre à la question de recherche énoncée, car elle permet aux personnes de s'exprimer librement sur le sujet, et de faire émerger leur point de vue. Cette étude a permis de recueillir l'opinion de ces médecins généralistes et de comprendre pleinement leurs ressentis sur la vaccination contre la Covid-19.

II-2-2 : Recrutement de la population cible et échantillonnage

Des médecins généralistes exerçants sur l'ensemble du territoire des Hauts de France ont été contactés. Un échantillonnage raisonné homogène a été effectué.

Le critère d'inclusion correspondait à : « ne pas être vacciné contre la Covid-19 » tandis que le critère d'exclusion : « être vacciné contre la Covid-19 ». Deux participants ont refusé de participer à l'étude, justifiants qu'ils ne souhaitaient pas s'exprimer à ce sujet.

II-2-3 : Informations et consentement

Après le recueil d'un accord oral, le recruteur fournissait au participant une lettre d'information et de consentement (Annexe 1).

II-2-4 : Recueil des données

Un guide d'entretien a été conçu pour la réalisation d'entretiens individuels semi dirigés, enregistrés puis retranscrits sous forme de *verbatim*. Les entretiens ont été réalisés entre le 14 février 2022 et le 23 janvier 2023. La durée des entretiens s'étend de 56 minutes à 2 heures et 10 minutes. Les enregistrements ont été détruits après retranscription.

II-2-5 : Caractéristiques des médecins

Généralités profil

	E1	E2	E3	E4
Age	30 / 40 ans	50 / 60 ans	60 /70 ans	30 / 40 ans
Exercice association MSU	Seul non non	Seul 5 ans non	Seul oui mais abandon non	Seul cabinet de groupe non
Zone	Semi rurale	Rurale	Rurale	Semi rurale
Durée exercice	10 ans	30 ans	45 ans	15 ans
Type médecine formation	Académique	Académique formation annexe	Académique formation annexe	Académique formation annexe
Religion	Catholique pratiquant	Catholique non pratiquant	Pas de religion	Pas de religion

Face à la pandémie

Equipements	Oui	Oui	Oui	Oui
Aide/ Contact	NON	NON	NON	NON
Patients	Masques	Masques	Masques	Pas tous protégés
Covid positif	Oui (Tests)	Non	Non	Oui (Tests)

II-2-6 Analyse des données:

Analyse basée sur l'approche de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) :

Une analyse intermédiaire de chaque entretien a été effectuée :

- Analyse du *verbatim* avec la création d'étiquettes expérientielles.
- Puis caractérisation des étiquettes expérientielles en propriétés.

Après analyse de plusieurs entretiens :

- Construction de catégories conceptuelles.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation des données par la confrontation des résultats entre le chercheur principal et un autre chercheur (N.M).

II-2-7 Protection des données personnelles et confidentialité

Des pseudonymes ont été utilisés pour toute référence écrite ou orale aux participants. Une table de correspondance d'identité était conservée sur l'ordinateur personnel du chercheur principal, dans un fichier crypté.

Les informations personnelles ont été recueillies de manière à ne pas permettre l'identification et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité.

Le retrait des entretiens était possible à tout moment de l'étude.

Comité d'Ethique : Une déclaration de conformité a été réalisée et approuvée par le délégué à la protection des données de l'université de Lille. (Annexe 2)

Déclaration CNIL : Etude ne nécessitant pas de déclaration au CPP suivant la loi Jarde.

II-3- Résultats

II-3-1 : Ressentis du Médecin Généraliste

II-3-1-1: Incertitudes et incohérences

(E2) *On a vécu un climat de peur, et un climat de peur ce n'est pas bon du tout.*

II-3-1-1-a : Un nouveau virus

L'apparition d'un nouveau coronavirus a déstabilisé ces médecins malgré des connaissances acquises pour certains au sujet du SARS CoV-1 responsable de l'épidémie de SRAS en Chine en 2002.

(E2) Tout le monde a été pris de vitesse, c'est vrai que c'était un phénomène tout à fait nouveau, les virus on connaît mais d'une telle ampleur non.

(E4) Là avec un virus que l'on ne connaît pas je pense qu'on a des bonnes bases scientifiques pour savoir que c'est un virus respiratoire, il a eu le Sars Cov-1, donc on n'était pas sans rien concernant ça.

II-3-1-1-b : Une politique sanitaire

□ **Le confinement :**

La mise en place d'un confinement non strict interroge d'autant plus qu'aucune mesure d'isolement ni de mise en quarantaine n'a été mise en place pour les voyageurs provenant du foyer de l'épidémie.

(E1) Pour moi un confinement, je n'ai pas compris ce confinement, c'est une première incompréhension. Donc un confinement comme ça où vous pouvez aller bosser, vous prenez le métro mais vous n'allez pas voir mamie c'était une incohérence.

(E4) On avait eu des cours faits par des gens pour qui c'était le métier qui nous ont expliqué que la seule façon à l'époque pour limiter une pandémie c'est de trouver le premier cas et puis de faire des isolements en anneaux.

(E4) Qu'est ce qu'ils font ? Ils ne veulent pas isoler les gens revenant de Chine, mais ils veulent isoler toute une population. Quand j'ai vu que les voyageurs rentrant de Chine n'avaient pas de quarantaine, je me suis dit : « Ce n'est pas une pandémie ».

□ **Les mesures barrières :**

Ce sont principalement les masques qui sont à l'origine de fortes contradictions à l'origine des premières polémiques

(E2) Prenez l'exemple des masques, au début il n'en fallait pas puis après il en a fallu, que des contradictions hein ?

(E1) J'ai eu des ruptures de stock, ça a été mon premier véritable souci d'accès à un outil de prévention des contaminations.

(E1) Il n'y a pas d'indication à porter un masque en population générale, (...) puis au mois de juin on nous dit pour éviter une deuxième vague : « Mettez des masques ».

(E1) En mai 2020 l'OMS dit : « On n'a pas de données sur l'efficacité des masques en population générale, pour prévenir une épidémie » et aujourd'hui on ne les a toujours pas.

(E4) Un truc tout simplement sur les masques, l'OMS avait fait une étude avant 2019. Ça ne sert à rien de porter un masque en population générale.

II-3-1-1 c : La pression hospitalière

Cette pression hospitalière inédite inquiète mais l'un des médecins doute.

(E4) J'apprenais par des collègues que les hôpitaux n'étaient pas du tout saturés, que les unités Covid il n'y avait personne dedans, un collègue qui travaillait en clinique responsable d'une unité Covid m'a dit « il n'y a pas de patient ». On lui a demandé pourquoi, il a dit : « Les CHU ne sont remplis qu'à 60% ». Du coup ça m'a posé énormément de questions.

(E4) J'ai vécu ce confinement un peu bizarrement, à ne pas comprendre, pareil en novembre je croise un collègue qui me dit : « J'ai des potes à Béthune », on avait mis le couvre feu, « il ne se passe rien, les réa sont vides, je ne comprends pas ce qu'il se passe ». Donc plein de choses comme ça, qui fait se poser des questions parce qu'en tant que médecin ça n'a pas de sens.

II-3-1-1 d : Un nouveau vaccin

Il est perçu comme un progrès mais ce qui inquiète, c'est le manque de recul et la première utilisation chez l'Homme.

(E4) Moi de me dire c'est un produit expérimental, première fois qu'on utilise de l'ARN messenger chez l'être humain.

(E4) Je n'ai pas tout de suite su que les validations (...) ça m'a questionné et suis allée creuser, et oui c'est bien encore expérimental.

(E4) Finalement j'avais conscience que l'ARN messenger ça faisait quand même quelques années que c'était à l'étude, mais pour quelque chose qui était appliquée pour la première fois chez l'être humain.

(E2) C'était une nouveauté qui était en train de progresser, qui allait arriver sur le marché, peut être que c'était une opportunité de le développer dans ce contexte là, ça pouvait être une occasion.

II-3-1-1 e : La politique vaccinale

Le discours fluctuant à propos de l'efficacité du vaccin et sur la transmission du virus, le calendrier vaccinal changeant inquiètent sur la véritable connaissance mais aussi sur la véracité de l'information à son sujet.

(E1) Au début on a dit de vacciner les gens fragiles et si on vaccine 60-70% de la population adulte, il n'y aura plus de maladie.

(E1) Ça va empêcher la transmission, ça n'est pas le cas non plus ...ça va empêcher la transmission, au moins on évite de transmettre le virus aux autres. Et maintenant ils restent accrochés à : « On évite les formes graves ».

(E2) On n'avait pas de recul nécessaire, on a dit une injection, puis une deuxième, voire une troisième...

II-3-1-2 : Une sensation d'exclusion

L'exclusion ressentie par ces médecins généralistes malgré une pandémie et une pression hospitalière sans précédent est totalement incomprise et fait naître de sérieux doutes au vue des incohérences.

(E2) Quand on entendait qu'on allait faire appel aux pompiers, aux kinés, pour faire les vaccins, et les médecins généralistes ? On ne parlait pas du médecin généraliste, on avait déjà eu le tour avec Roselyne Bachelot, avec la grippe H1N1, où ils avaient fait des centres de vaccinations, on a été complètement court circuité.

(E3) On dit aux gens d'aller faire leur dose de rappel chez le pharmacien, et pas chez le médecin, le médecin est "shunter" donc les gens ont validé (...) ils ont validé que le soin n'appartenait plus aux médecins, mais il appartenait aux pharmaciens, ou aux infirmières. Le médecin on le "shunt".

(E2) Oui bien sûr on nous a mis de côté.

(E1) L'essence même de cette crise là, l'essence de la saturation hospitalière, au début de cette crise on supprime la médecine de ville.

(E3) Les gens qui ne vont pas voir leur médecin. On leur a dit ça au début : « Vous avez des symptômes vous toussiez ... Vous n'allez pas chez le médecin ».

(E1) Au départ : « Si vous avez des signes faites le 15 » et ensuite c'est devenu « Si vous avez des signes faites un test sans prescription et si vous avez besoin d'un arrêt de travail, pas besoin de prescription ».

(E4) Ce n'est pas une sensation, la mise de côté a commencé dès le début de la crise quand on a dit aux médecins de fermer leurs cabinets.

(E1) Pour moi c'est une incohérence, on est dans une « pandémie mondiale » et les médecins généralistes n'ont pas de travail, j'expliquais aux patients que s'ils étaient malades il fallait venir me voir.

II-3-1-3 : Une perte de confiance

II-3-1-3-a : Institutions et politique sanitaire

Le manque de réactivité de l'ARS interroge l'un des médecins, tandis qu'un autre médecin se sent délaissé, tributaire d'une "hiérarchie".

(E4) *Un protocole pour les médecins c'est très facile, toutes les règles d'hygiène de base on les connaît, donc clac, clac, clac, ça prend un mail de 5 minutes, mon directeur a remis en forme et il a fallu plusieurs semaines à l'ARS pour donner un avis favorable. Déjà ça m'a interpellée.*

(E2) *Je trouvais que c'était mal géré tant au niveau gouvernemental qu'au niveau de nos pontes, nos supérieurs.*

(E2) *Je ne fais pas confiance aux gens qui s'en sortent que par la politique de la peur, que ce soit nos décideurs politiques, ou nos spécialistes en infectiologie.*

(E2) *Je suis aigri de la façon dont on a été traité à la fois par les ARS, le ministère de la santé, la HAS, et ainsi de suite : « il faut, il n'y a qu'à, il faut qu'on... » C'est trop facile, de la part des gens qui ne sont plus sur le terrain, qui ne sont plus dans un cabinet. Ils savent mais que connaissent-ils des difficultés de l'exercice de la profession.*

II-3-1-3-b : Des sources d'informations souvent discordantes

D'après eux, les sources d'informations ont été centrées exclusivement au sujet des vaccins et des masques et pas assez sur les protocoles de soin.

Recommandations officielles DGS

La DGS est perçue comme un outil pouvant être efficace entre la politique sanitaire et les médecins généralistes.

(E4) *Le problème des mails qu'on reçoit de la DGS, c'est dommage parce que ça pouvait être un super outil mais ils sont restés concentrés uniquement sur le Coronavirus en fait.*

(E4) *Et là on a un mail un jour sur deux, si ce n'est pas tous les jours, et on nous parle que du Covid, des commandes de vaccins, des proto... Mais c'était très vaccins d'ailleurs.*

(E1) *Oui j'ai été bien informé sur comment retirer mes vaccins et mes masques à la pharmacie...on n'a jamais été informé sur comment accompagner et soigner un malade.*

(E4) *On dit : « Oui c'est bien à l'occasion d'une crise ils mettent plein de choses en place c'est bien, mais pourquoi ? Il y a plein d'autres trucs plus graves qui se passaient que le coronavirus et que la DGS aurait pu nous envoyer.*

Le WEB

(E2) *Ils trouvent sur internet des informations qui ne sont pas très fiables non plus, mais les confortent.*

(E3) *Il y avait des médecins, des scientifiques qui arrivaient à s'exprimer et donner un autre son de cloche, il y a quand même eu une censure sur internet aussi (...) YouTube était censuré et on ne pouvait pas dire autre chose que " tout pour la vaccination ".*

□ **Les Médias**

(E4) *Et les médias ont bien continué à taper sur les médecins qui continuaient de soigner.*

(E3) *Parce que dans les médias il n'y a jamais eu de débat contradictoire, il y a eu du savoir imposé « On vaccine tout le monde, on fait le pass, etc... »*

(E3) *C'est qu'il y avait des médecins qui ont dit à la télé les pires âneries « la vaccination va servir à arrêter l'épidémie, les gens non injectés sont responsables de la contamination des autres »*

(E3) *Par contre les journalistes n'ont pas fait leur boulot, il n'y a pas eu d'information, il y a eu de la propagande et c'est tout. C'est au système d'information (...) Comment on s'informe maintenant ? C'est un vrai problème.*

II-3-1-3-c : Des doutes sur les lobbies pharmaceutiques et les enjeux économiques

Pour certains des médecins, les laboratoires délivrent une information manquant d'objectivité. Celle-ci serait manipulée par les enjeux économiques et politiques.

(E4) *Il y a des choses qui ressemblaient plus à la médecine que ce qui a été fait, ça serait compliqué d'en dire plus. Comment j'ai vécu tout ça ? Mais fondamentalement une incompréhension sans en venir à dire il y a eu de la corruption massive.*

(E4) *C'est qu'il y a un impact des sociétés de pharmacologie, moi ce qui m'a vraiment étonnée dans cette crise, ah oui mais en fait, c'est vraiment très corrompu.*

(E2) *Il y a trop d'intérêts pour certains laboratoires. Quand on sait qu'il y a des gens haut placés qui font partie de l'Europe, qui sont très proches de certains laboratoires, il est évident qu'il y a du favoritisme, qu'il y a de la magouille.*

(E3) *Je voyais bien que pour sortir de l'information du labo je devais confronter ce qu'il m'avait dit avec ma réalité et faire le tri entre ce qui était vrai et ce qui n'était pas vrai.*

II-3-1-3-d Des doutes sur le vaccin

La rapidité du développement du vaccin interpelle ces médecins généralistes.

□ **Définition de vaccin :**

En parallèle les vaccins traditionnels ne semblent pas être remis en cause comparativement aux vaccins ARN.

(E2) Pourquoi je redis le vaccin, en plus ça n'est pas un vaccin .

(E2) J'aurais été plutôt favorable au vaccin Astrazeneca qui est un vaccin traditionnel.

(E1) Si ça avait été sur une technologie vaccinale « vivant atténué » par exemple, peut être que j'aurais eu moins de réserve.

(E3) Ce n'est pas une vaccination, on ne sait pas ce que c'est, ça n'est pas encore un vaccin, maintenant la phase trois ça fait deux ans et demi peut être trois ans qu'elle est lancée.

□ **Sécurité :**

L'absence de recul des vaccins ARN inquiète.

(E4) Finalement j'avais conscience que l'ARN messenger ça faisait quand même quelques années que c'était à l'étude mais pour quelque chose qui était appliquée la première fois chez l'être humain, il n'y avait clairement pas les dix ans recommandés.

(E2) Je trouvais qu'on allait un petit peu vite, qu'on allait surtout très vite dans le domaine de la vaccination et pas si vite dans le domaine de la thérapeutique pour le traitement de cette pathologie, je n'ai pas trouvé ça normal.

(E2) Alors je me suis dit, prenons du recul, l'ARN m on en parle encore aujourd'hui, on parle de traitement, on espère un « Vaccin » contre le cancer du colon. C'est bon mais en terme de vaccination elle-même, on n'a pas vraiment de recul.

□ **Eligibilité (Population cible) :**

Ces médecins semblent recommander la vaccination chez les personnes avec des facteurs de risques de forme grave.

(E1) Je me disais que vacciner les gens âgées et fragiles c'était intéressant.

(E1) Ça ne veut pas dire que je ne pouvais pas le conseiller à mes patients.

II-3-1-4 : Subir l'obligation (se sentir contraint)

II-3-1-4-a : Impact de l'obligation vaccinale

Un impact sur la liberté individuelle dans la population et chez les soignants mais également un impact financier et professionnel.

(E2) On a parlé beaucoup de « dictature sanitaire » mais on y est parti un petit peu, gentiment, avec le sourire mais en attendant tu ne pourras plus aller au cinéma, on ne pourra plus aller au resto, on ne pourra plus ceci et cela...

(E1) Il n'y a pas d'argument qui aurait pu me convaincre, mais c'est sûr que ça n'est pas en me forçant qu'on pourra le faire.

(E1) J'avais déjà des patients qui s'étaient fait vacciner sous la contrainte.

(E2) Les contradictions dans l'information, et puis cette politique de peur, vous vous rendez compte ? On est allé au pass sanitaire puis au pass vaccinal, ça n'est pas logique, tout ça pour obliger les gens à aller se faire vacciner.

(E3) N'y a t-il pas un risque, par l'obligation, de polariser le débat ? De risque de dérives ? Pas de salaire, pas de remplaçant.

(E3) Ca n'a pas été rédigé comme une obligation vaccinale, ça a été rédigé comme les soignants qui refusent... Souhaitent ne pas se faire injecter sont interdits de travailler...Ils ont le choix.

II-3-1-4-b : Avoir peur pour sa santé

La vaccination est perçue comme un risque plus que le virus lui-même. L'un des médecins préfère s'isoler plutôt que de se faire vacciner.

(E4) En conclusion ce qui est ressorti c'est que je n'étais pas à risque et que ma population n'était pas à risque en premier lieu.

(E4) C'est ma santé avant tout et je ne peux pas être au service des autres si je n'ai pas ma santé. En tout cas c'était mon cas.

(E4) Et voilà la façon de me justifier auprès des autres : « Attends, toi t'a peur du Covid ? Mais moi j'ai eu peur de l'injection ».

(E2) Il y a encore toujours un risque, le risque n'étant pas énorme et donc j'ai patienté, patienté puis je ne suis toujours pas vacciné (...) Alors je me suis dit j'assume, je prends le risque de ne pas me faire vacciner.

(E1) Le problème c'est l'absence de bénéfice à terme en tout cas pour moi, je suis jeune et en bonne santé (...) Vous ne comprenez pas qu'on prenne un risque alors que vous avez déjà des solutions (...) Ce sont des médicaments qui peuvent présenter des risques.

(E3) Moi je me suis dit que j'étais une cible potentielle, que je risquais de mourir en m'injectant ce produit.

II-3-1-4-c : Avoir peur de son travail et/ou être sanctionné par l'ordre

Certains médecins avaient peur pour la poursuite de leur profession alors que d'autres craignaient plus d'être confrontés à d'éventuelles sanctions de la part de l'ordre.

(E1) Je ne vais pas mentir à mon patient pour ne pas avoir de souci avec l'ordre par exemple, pour ne pas avoir de souci administratif.

(E4) J'ai eu une réflexion d'un médecin qui m'a dit qu'il ne comprenait pas qu'on pouvait aller jusqu'à perdre son travail pour ne pas se faire injecter (...) Pour ce collègue là, je me demande clairement si ça n'est pas la crainte d'une attaque au Conseil de l'Ordre.

(E3) Le médecin généraliste est méprisé, méprisé par ses instances, par l'Ordre des Médecins, par le système politique et il est méprisé par ses patients, par les gens qu'il soigne. Et qui ont dit, qui ont validé le fait que : « Vous ne vous injectez pas donc vous arrêtez de bosser ».

(E3) Injection obligatoire ! Si vous n'êtes pas content vous dégagez ! ... Sans salaire. Donc pas de revenu et interdiction de prendre un remplaçant, interdiction de se mettre en arrêt de travail. Ce n'est pas « Ok vous ne voulez pas vous faire injecter ? Alors prenez un remplaçant à injecter et puis faites fonctionner le système ». C'est on veut vous faire mal.

(E3) Donc on reçoit trois courriers de l'ARS d'injonction à l'injection par courrier postal, sinon interdiction d'exercer, puis après convocation à l'Ordre des médecins.

II-3-2 : Les croyances du Médecin Généraliste

II-3-2-1: Leurs bases

II-3-2-1-a : L'éthique : le code de déontologie

Ces médecins s'interrogent sur la liberté de prescription.

(E3) Donc il fallait le faire, c'est-à-dire mettre en jeu la santé, la vie des gens, donc gros problème, gros problème de conscience.

(E1) C'est dans le code de déontologie un médecin ne doit pas être soumis à une autorité administrative.

II-3-2-1-b : Le consentement

Certains des médecins s'interrogent sur la place du consentement.

(E2) Je sais que des gens refusent les vaccins, il faut leur expliquer. Il faut leur expliquer et il y a une partie qu'on pourra convaincre, on ne pourra pas avoir 100% de vaccinés. D'abord il y a ceux qui ne peuvent pas et il y a ceux qui ne veulent pas, et ceux qui ne veulent pas, ils ne veulent pas.

(E1) Oui en fait vous pouvez choisir, de ne pas le faire et j'en veux un peu à l'institution qui a oublié la loi Kouchner « Un patient doit consentir librement à un acte médical ».

II-3-2-1-c : Avoir de l'expérience :

Certains médecins, de part leur expérience se sentent méfiants.

○ Avoir été confronté à des crises sanitaires

(E2) On avait déjà eu le tour avec Roselyne Bachelot, avec la grippe H1N1, où ils avaient fait des centres de vaccination, on a été complètement court circuité.

○ Avoir été confronté à des crises médicamenteuses

(E4) L'ANSM qui dit : « non, non » et 5 ans plus tard l'ANSM est accusée, voilà, ça vient de tomber, c'est officiel, c'est une source tout à fait fiable, gouvernementale. L'ANSM a été accusée, dans le cadre du Levothyrox d'avoir menti aux patients.

(E4) Donc je pense que c'est mis en lumière, mais ce problème existe depuis longtemps, on l'a vu dans le scandale du Médiator, on l'a vu dans autre chose.

(E4) Oui les médicaments révolutionnaires on se méfie.

(E2) On prescrivait, les gens nous faisaient confiance. Nous avons fait confiance en nos « supérieurs » et on a été induit en erreur plus d'une fois.

II-3-2-2: Au sujet du vaccin (Covid 19)

II-3-2-2-a : Baisse de l'efficacité au cours du temps

La baisse d'efficacité des vaccins au cours du temps peut être la conséquence de l'apparition de variants ou d'une pression de sélection consécutive à la vaccination pour tous.

(E1) On savait que les coronavirus sont des virus qui mutent et si on exerce une pression de sélection, on favorise l'émergence de variants résistants (...) C'était l'une mes réserves, le risque d'avoir un variant sélectionné sur résistance à la vaccination.

(E1) On sait à propos du variant Delta qu'il y a une baisse d'efficacité des vaccins, on parlait de 60-70% d'efficacité au lieu de 95%. Et puis pour Omicron pour la prévention de la maladie une quasi inefficacité.

(E3) C'est un virus mutant, variant plus exactement, avec le temps le vaccin va être de moins en moins efficace.

II-3-2-2-b: La population cible :

Tous ces médecins semblent recommander la vaccination pour les personnes à risque mais remettent en question la vaccination chez les femmes enceintes et les enfants.

(E3) C'est aussi parce qu'on à été confronté à une incohérence de santé publique, vacciner tout le monde y compris les enfants, c'est aberrant.

(E1) Je me disais que vacciner les sujets âgés et fragiles c'était intéressant.

(E4) J'apprends qu'on fait pression sur les femmes enceintes alors qu'en général on ne vaccine pas les femmes enceintes et après, pareil chez les enfants, alors que c'est un produit expérimental. Si on reste sur les bases de la médecine ça n'est pas acceptable.

(E2) De toute façon pour les enfants c'était hors de question.

(E3) On vaccine tout le monde, y compris les enfants, y compris les gens qui ne sont pas concernés par la maladie. Les enfants n'ont aucun risque avec la maladie, quasi zéro. La vaccination ne peut que être dangereuse chez eux pourtant il y a encore une incitation vaccinale chez les enfants, donc scientifiquement c'est aberrant ce comportement. Il ne peut pas y avoir un argument scientifique soutenant cette attitude là.

(E3) On ne fait prendre que des risques aux enfants en injectant ça, on se sait pas ce que ça va leur faire, pareil pour les femmes enceintes.

II-3-2-2-c : Suspicion des effets secondaires

Tous ont déclaré avoir suspecté des effets secondaires chez certains de leurs patients.

(E1) Oui parce que je l'ai constaté chez des patients, j'ai vu des effets secondaires sérieux.

(E4) Oui j'ai fait la découverte d'HTA chez des patients d'une quarantaine d'année mais quand même une apparition décalée de 15 ans par rapport à l'âge de l'apparition chez les parents.

(E4) Pareil un collègue 55 ans avec des « bouffées de tachycardie »

(E4) Des déclenchements de maladies auto-immunes, trois cas dans une même famille à quelques semaines d'intervalles et à peu près aux mêmes délais que les doses.

(E4) Des cancers foudroyants, ce qui questionne vraiment c'est des choses résistantes aux traitements.

(E2) Dans mon entourage j'ai vu des choses curieuses dont on ne pourra pas faire la relation de cause à effet. Par exemple des personnes dont le cancer a flambé après l'injection, il y a une relation ou non ?

II-3-2-2-d : Pharmacovigilance : une sous estimation de la déclaration effets indésirables?

Des questionnements sur la recherche et sur la déclaration des effets secondaires potentiels.

(E4) J'ai des collègues qui disaient au départ qu'ils faisaient remonter et puis après on s'est rendu compte que ça n'est pas possible de tout faire remonter. On n'a plus le temps donc on a dit aux patients comment le faire parce que c'était chronophage et que la procédure avait visiblement été complexifiée.

(E2) On est médecin généraliste on n'a pas le temps de faire des comptes rendus de ce qu'on a vécu.

(E3) Moi, je suis sidéré par l'immobilisme des gens parce que cette information qui me paraît moi importante, les injectés, ils ne la recherchent pas. Et j'ai très peu de gens qui cherchent à savoir les effets secondaires de cette injection, y compris chez les médecins injectés.

(E3) Oui c'est un vrai problème, non je ne l'ai pas fait.

Moi je le notais dans le dossier, je le mettais dans la rubrique intolérance, mais je ne faisais pas remonter l'information, je n'étais pas sensibilisé à ce problème là.

(E3) Non parce que je n'avais pas la liste, non je ne sais pas qui on appelle ? L'ARS ? Vous avez une piste là-dessus ? Comment ont fait remonter ?

L'un des médecins se questionne sur ce délai de 8 semaines.

(E4) C'est comme les effets indésirables. Les effets indésirables c'est dans les 8 semaines, oui mais tous les autres vaccins on fait comme ça. Oui mais ça n'est pas la même technologie.

II-3-2-3 : Importance de la confiance

Une confiance altérée à différents niveaux

(E1) La confiance dans les institutions (...) avec le nombre d'incohérences que l'on a abordées, c'est sûr, ça n'est pas la première chose.

(E1) La confiance dans le système pharmaceutique, je pense que jusque là, j'avais confiance.

(E1) On a voulu absolument me vendre un produit à tout prix et vraisemblablement il ne tient pas ses promesses.

II-3-2-3 a : Le médecin vis-à-vis de son patient

(E3) Donc la priorité des gens ça n'est pas d'être soigné, c'est d'être pris en charge, c'est-à-dire que le soin soit pensé à leur place.

(E3) Moi, j'ai ressenti globalement que les gens préféreraient faire ce que la télé leur disait.

II-3-2-3 b : Le patient vis-à-vis de son médecin

(E3) Donc il y a eu quand même une certaine forme de mépris des soignés vis-à-vis de leurs soignants.

(E3) Que j'estime que j'ai été compétent et que je n'ai pas été reconnu à ma juste valeur, j'ai été méprisé, y compris par les soignés qui n'ont rien fait.

(E3) Donc résultat des courses, les soignés ont validé le fait même que leur médecin ne puisse pas avoir une opinion propre, particulière.

II-3-2-3 c : Le médecin vis-à-vis du médecin

(E4) Et avec des discours de collègues quand on en discute, ils se posent les mêmes questions. Et de voir finalement quand la vaccination Covid est arrivée, on se posait tous plus ou moins la même question. Mais avec la vaccination Covid, ça a fait une espèce d'explosion et on ne pouvait plus du tout discuter de cela.

(E4) Donc être en désaccord et faire du débat ça n'est pas un manque de confraternité et je pense que c'est compliqué parce qu'il a des gens qui assimilent les deux.

(E4) Il y a des confrères avec qui on peut en parler ouvertement, on voit qu'il y a des collègues avec qui, on voit qu'ils sont mal à l'aise.

(E4) Mais là, on ne peut pas parler de la question Covid avec les collègues, sauf avec ceux avec qui on en parle déjà.

(E3) Par des contacts téléphoniques avec d'autres médecins, on échangeait toutes les 3 à 4 semaines et nous cherchions des solutions alternatives.

II-3-2-4 : Croire en son rôle

Le médecin doit s'adapter entre la santé individuelle et la santé publique.

II-3-2-4 a: La santé individuelle

La place du soin

(E3) Des médecins généralistes avaient bossé, moi j'avais bossé, et on avait trouvé des protocoles de soins qui étaient pleins d'espoir.

(E3) Je trouvais que ça n'était pas si mal et qu'on arrivait à soigner des personnes y compris âgées et à les maintenir chez elles avec de bons résultats.

(E1) Après quand même en en discutant un peu avec les collègues, au bout d'un mois, deux mois, on se dit on peut essayer ça, plutôt que donner que du paracétamol, donner tout de suite des antibiotiques. J'étais assez content, on a eu de bons résultats. Moi, j'ai une patiente de 95 ans que j'ai soignée comme ça qui est restée chez elle et qui n'est pas morte.

(E4) C'est-à-dire que l'on est censé faire du sur mesure pour nos patients.

(E3) Si je me pose le problème de l'utilité de l'injection vis-à-vis de telle personne ou telle autre personne, c'est-à-dire j'ai un rapport individuel au patient, je me pose la question.

La prévention des complications

(E4) Je veux bien entendre que ça ne sert à rien de traiter un Covid mais prévenir les complications, en laissant le patient tout seul chez soi, bonne question.

La surveillance

(E3) Déjà, il faut voir souvent les gens, faut les voir j1/j2/j3. Il faut les voir tous les jours, dès qu'il y avait un problème respiratoire.

La prudence

(E4) Parce qu'il y a des gens comme moi qui sont restés sur je ne comprends pas, je reste sur mes fondamentaux, et la médecine ça fait des dizaines d'années où on réfléchit, où l'on a posé des socles et je ne les remets pas en question, je reste sur la prudence.

(E2) Tout ça, si vous voulez c'est l'expérience, on se dit qu'il ne faut pas être trop sûr de soi, il faut faire en fonction de la personne, de la personnalité. Ce n'est pas un objet qu'on soigne, c'est une personne (...) c'est ça qui fait la qualité d'un médecin, c'est être à l'écoute de son patient, c'est bien ce qu'on nous apprend ?

(E2) On rencontre trop de gens qui affirment et qui sont catégoriques, alors qu'ils ne peuvent pas l'être. Ils ne pouvaient pas être catégoriques à moins d'être devin, et encore...

II-3-2-4 b: La santé publique

Certains médecins ont validé qu'on ne pouvait pas faire de médecine de santé de l'individu dans un cadre de santé publique, c'est la santé du groupe qui prime sur la santé de la personne.

□ **La place de la vaccination (La vaccination comme moyen de prévention)**

(E4) *Ce n'est pas d'être pour ou contre la vaccination c'est qu'on a un produit nouveau, c'est de pouvoir voir s'il est bénéfique au patient. Ce n'est pas être contre la vaccination et moi j'étais la première à dire, ben oui pour les personnes à risques si ça fait vraiment de la prévention.*

(E2) *Je ne suis pas vacciné, je ne suis pas Anti-vax car je conseille à mon entourage, à ma famille de se faire vacciner.*

(E2) *Je n'ai jamais forcé les gens à se faire vacciner mais je ne les ai jamais incités à ne pas se faire vacciner, ce qui prouve que je suis bien pour les vaccins.*

(E3) *Après tout, les vaccins pour les nourrissons, je les ai faits, bien que je trouve qu'il y en a beaucoup, mais bon je suis rentré dans le rang, et c'était mon devoir.*

(E2) *Dans mon entourage, les gens qui sont en âge de travailler et qui sont à risque. Je leur ai dit : « Faites vous vacciner ! »*

(E3) *Est-ce-que vous avez recherché au niveau des médias, sur YouTube ou autres, des informations ? Non, pas les antivax, car personne n'est antivax.*

(E1) *Moi, je ne suis pas contre la vaccination, je suis pour un schéma vaccinal type grippe, on vaccine les personnes à risque.*

(E3) *Contre la grippe, oui vacciner les patients à risque : 90 ans, insuffisants respiratoires ou insuffisants cardiaques. Oui, oui, oui et mille fois oui !*

(E3) *Attention ! Moi, j'ai conseillé la vaccination, j'ai conseillé à tous les patients à risque.*

□ **L'immunité naturelle**

(E2) *En me disant que l'immunité naturelle, il faut la laisser se développer.*

II-3-3 : Une remise en question

II-3-3-1: la place du médecin généraliste.

Le patient au centre du soin, pour une médecine individuelle.

II-3-3-1 a : L'écoute

(E4) *Oui, il y a des gens qui ne veulent plus voir leur médecin parce qu'ils ont peur de ne pas être écoutés. Alors oui, ça clairement ça m'est arrivé plusieurs fois.*

(E4) *Je pense que c'est possible qu'ils ne parlent pas ou plus de certaines choses. Peur d'être remis en question, ou par peur de ne pas être écoutés.*

(E2) C'est ça qui fait la qualité d'un médecin, c'est d'être à l'écoute de son patient, c'est bien ce qu'on nous apprend.

II-3-3-1 b : L'examen clinique:/la sémiologie

(E3) Pour moi, la médecine générale c'était je fais un examen clinique général dans lequel je recentre les symptômes et j'approfondis les zones symptomatiques.

(E3) Encore faut-il avoir fait l'examen général et leur dire : « L'examen général est bien ». Il faut avoir le temps, faut avoir l'écoute du patient. Pourtant la façon de faire l'examen clinique passe par les mains.

(E3) Donc les gens ont validé la téléconsultation, c'est à dire le fait même que les médecins ne les touchent plus. Le diagnostic se fera sur un interrogatoire seulement et sur la pratique des constantes par l'infirmière. Voilà, les gens ont validé que c'est ça être soigner.

II-3-3-1 c : La téléconsultation

(E4) Moi, c'est pour cela que les cabines de télémédecine me font peur, car c'est de la base de données. Les gens pensent que c'est facile et qu'il suffit d'apprendre des bases de données, ben non ! Et comme on a perdu cette essence là, de ce que c'est que la médecine et c'est un art.

(E3) Les patients sont programmés pour que, dans un avenir assez proche, le médecin traitant soit une application logicielle, que ce ne soit plus un être humain, il n'y aura plus besoin d'être humain pour penser en mode binaire. Soigner, ce sera la téléconsultation, qui va se généraliser.

(E3) Je pense malheureusement que dans un avenir très proche, 3 à 4 ans, le médecin traitant, donc le soin dans le cadre de santé publique ça sera une application logicielle.

(E3) D'où l'évolution vers des soins de plus en plus protocolisés. Donc qui fonctionne en mode binaire où le médecin a de moins en moins de liberté à improviser à inventer et donc, c'est des soins informatisables.

II-3-3-2: Rôle du médecin généraliste

II-3-3-2 a : Le médecin généraliste, simple applicateur d'une politique vaccinale ?

(E3) Alors donc le problème de cette politique vaccinale, c'est le fait que face à la Covid il n'y a que la vaccination. C'est un vrai problème.

(E3) Le mot embêtant n'était pas le mot « vaccination » mais le mot « que ».

(E3) Ils ont validé que le médecin ne pouvait pas avoir une opinion personnelle, individuelle de sa fonction, de son métier. Il est là pour appliquer des consignes et penser en mode binaire.

(E3) J'ai une consigne à appliquer, j'applique la consigne, point je ne la critique pas, Je n'ai plus de sens critique.

(E3) Donc en tant que médecin on n'avait même plus le pouvoir décisionnel de qui devait être vacciné.

II-3-3-2 b : Une remise en question des conséquences sur la santé publique

(E4) Quand même, car je pense à mon sens, c'est beaucoup plus catastrophique ce qui s'est passé sur ce côté là que sur le virus.

(E3) Par exemple dans les EHPAD on a empêché les gens d'aller voir leur famille, les personnes âgées. Mais on n'a pas le taux de suicide, on n'a pas eu le taux de syndrome de glissement, on n'a pas eu d'informations complètes. On a eu le nombre de morts par Covid mais le nombre de morts par confinement on ne l'a jamais eu.

(E3) On manque de médecin, et en plus on va aggraver le problème.

(E4) C'est impossible de savoir le nombre de personnes que l'on a perdu, parce qu'il y a les suspendus, certes, mais il y en a de moins en moins parce qu'ils démissionnent.

(E4) On est incapable d'évaluer exactement combien on en a perdu, entre ceux qui ont fermés boutique, ceux qui ont pris leur retraite, ceux qui ont pris des dispos, ceux qui sont réellement suspendus, ceux qui démissionnent, ceux qui sont partis en Suisse, en Belgique. Il n'y a pas d'obligation vaccinale là-bas.

II-3-3-3 : Une remise en question des sociétés savantes

(E4) Non, il y a vraiment dans les recommandations, alors c'est flagrant dans certains domaines, il y a des questions intéressantes à se poser sur les liens d'intérêts. Surtout sur : Comment ces recommandations des autorités de santé sont faites ?

□ HAS

(E4) De l'autre côté, vous avez les recommandations «HAS ». Oui c'est bien mais ce n'est pas une source. L'étude « Epiphare » ou l'étude « Pasteur » où vous apprenez que c'est juste de la simulation informatique et qu'ils ont rétracté le papier pour plainte pour fraude.

□ **EPIPHARE**

(E4) Les grands médias ont cité « Epiphare ». C'était la référence et quand on va creuser « Epiphare » et quand on voit tous les biais qu'il y a ... Mais, c'est une source officielle gouvernementale.

□ **Les publications scientifiques**

(E4) Ce que j'ai découvert, c'est la fraude dans les papiers scientifiques. On sait depuis longtemps qu'il y a un problème avec le Gardasil. Mais on nous dit : S'il n'y a pas de procès, il n'y a pas de problème. Mais le procès s'ouvre là en février...

II-3-3-4 Analyse critique VS complotisme « anti vax », conséquence de la stigmatisation ?

(E4) Pareil il (le Professeur Raoult) a été traité de complotiste, n'empêche qu'il cite des articles. Vous ne prenez pas tout ce qu'il dit pour argent comptant. Vous allez récupérer les études, vous les lisez et vous vous faites votre avis. C'est avoir un esprit critique.

(E4) Fondamentalement, je ne suis pas anti vax. Mais c'est vrai, au vu de ce qui se passe, ça commence à poser question.

(E2) Je repense au professeur Raoult, la façon dont ils l'ont traité, c'est lamentable ! On a l'impression qu'il y a le camp du bien et le camp du mal. Ce n'est pas vrai les uns n'ont pas tous raisons et les autres torts entièrement.

(E4)bis Mais quand il y a eu une recommandation, il a appliqué la recommandation. Parce que sa formation c'était : Il faut appliquer les recommandations. C'est encore la question de quelle légitimité, j'ai en tant que pratiquant de terrain qui n'est pas spécialiste de la question pour remettre en cause les recommandations ?

(E3) Voilà et encore une fois on n'a pas eu de dialogue, de débat contradictoire, entre il n'y a que l'injection et on a la possibilité de faire autre chose.

(E3) Je vous le dis c'est l'avenir, mais ça encore, il faut laisser les médecins penser.

(E3) J'ai une consigne à appliquer. J'applique la consigne, point je ne la critique pas. Je n'ai plus de sens critique.

(E4) Beaucoup de collègues qui voient que d'autres en ont parlé et s'en sont sacrément pris sur la figure et en ont très peur. Mais petit à petit les gens osent de plus en plus en parler. Donc les collègues vont se « désisoler » et puis se permettre des choses.

3° partie

III – Analyse et perspectives

Avec l'apparition d'un nouveau virus, le Sars-Cov-2, à l'origine de la pandémie de la Covid-19, le médecin généraliste acteur indispensable au système de soins s'est retrouvé face à une situation inédite qui l'a déstabilisée : mise en place d'un confinement, difficultés d'accessibilité aux équipements de protection et manque de connaissance au sujet de cette nouvelle maladie.

L'utilisation d'un nouveau vaccin à ARN messager comme technologie, dans des délais extrêmement rapides, a beaucoup interrogé sur son efficacité et sa sécurité. Auxquels se sont ajoutés des inexactitudes sur son éligibilité et son calendrier vaccinal.

Le monde médical a connu lui aussi un réel bouleversement dans la recherche scientifique et dans sa communication. Ces médecins qui détiennent une place centrale entre médecine individuelle et santé publique, se sont sentis déboussolés parfois même isolés.

La mise en place de l'obligation vaccinale dans cette confusion a altéré leur confiance et a eu pour conséquence de décrédibiliser les acteurs publics et scientifiques.

III-1 –Une perte de confiance

D'après Hésitation, refus vaccinal, covid-19, biais cognitif (25) : *“la confiance est une composante cruciale de l'acceptation des vaccins et son défaut est un facteur essentiel contribuant à l'hésitation vaccinale”*.

III-1-1 Vaccins à ARNm

Le développement des vaccins a ARNm, apparu à partir de 2020 a montré les progrès récents de la médecine en matière de rapidité de développement et de génie génétique. (7) Comme attendu ce sont principalement les doutes sur les vaccins qui apportent le plus d'inquiétudes.

Si la réticence à se faire vacciner ne reflète pas une méfiance générale ou une aversion pour la vaccination, celle-ci est liée spécifiquement à la nouveauté de vaccin (26).

L'utilisation d'une technique nouvelle (vaccin ARN m), à laquelle vient s'ajouter l'inquiétude sur les délais de recherche et de développement du vaccin contre la Covid 19 jugés trop courts, toujours en cours d'étude clinique d'essais de phase 4, participe à l'appréhension de ce médicament.

A cela est venu s'ajouter des incertitudes sur l'efficacité, dans un contexte d'évolutivité des caractéristiques de la pandémie avec notamment l'apparition de nouveaux variants et des doutes sur la transmission du virus.

D'après une étude britannique parue dans la revue *Lancet Infectious Disease* il semblerait que l'effet du vaccin serait minimal pour réduire la transmission du virus. Le variant Delta (majoritaire en juillet 2021) serait transmis facilement dans les populations vaccinées et non vaccinées au sein d'une population ayant un fort taux de couverture vaccinale. (27)

De plus la communication au sujet des effets indésirables semble avoir été disproportionnée en faveur de la vaccination et on peut regretter que la communication ait surtout été accentuée sur les bénéfices de la vaccination face aux rares cas d'effets indésirables pouvant laisser penser qu'ils ont été sous déclarés voire sous estimés. (28)

Tous ces médecins interrogés ont suspecté des effets secondaires dans leur patientèle, sans réellement pouvoir établir un lien entre les effets constatés et le vaccin, cela a renforcé leur inquiétude. On peut remarquer qu'ils n'ont pas effectué de déclaration d'effets indésirables. Certains ne sachant pas comment procéder pour effectuer cette déclaration.

III-1-2 Les autorités sanitaires

S'il y a des attitudes de défiance elles peuvent ne pas viser les vaccins eux même, mais plutôt les autorités de santé souvent perçues comme étant sous l'influence des producteurs de vaccins. (26)

Abimée par les polémiques et nourrie par les ajustements liés au contexte exceptionnel, la confiance dans les autorités a été ébranlée dès le début de la crise. La polémique sur les masques et d'autres épisodes ont instauré le doute quant à l'articulation effective de la décision publique avec les meilleures connaissances scientifiques.

Les décisions prises par le comité scientifique ne semblent pas avoir été suffisamment expliquées, notamment quant aux marges d'appréciations que laissaient ouverte à l'époque les essais cliniques et les connaissances scientifiques. La diffusion des informations sans qu'elles soient suffisamment équilibrées a pu inciter à la méfiance et à la peur. (28)

Avec l'instauration d'un conseil scientifique placé auprès du gouvernement (*devenu autorité sanitaire*) ces médecins ont pu ressentir une certaine défiance envers les institutions et la politisation de la crise sanitaire.

III-1-3 Les lobbies pharmaceutiques et les enjeux économiques (3)

La défiance envers les industries pharmaceutiques est connue, il semble néanmoins qu'elle ait été particulièrement prégnante dans cette campagne de vaccination.

Les médecins de notre étude expriment une préoccupation particulière sur les lobbies pharmaceutiques selon lesquelles la réponse à la pandémie pourrait avoir été indûment influencée par les intérêts commerciaux participant à l'hésitation à l'égard de cette vaccination.

Les enjeux financiers ont été hors normes comme en témoigne les derniers rapports des entreprises pharmaceutiques : en 2021, Pfizer, Moderna et BioNTech ont générés des profits record avec des bénéfices estimés à 34 milliards de dollars avant impôts. En décembre 2021, la France et l'Union européenne avait vacciné plus de 70% de leur population, ce chiffre descendait à 3% pour les personnes vivant dans les pays à faible revenu.

III-2 L'information scientifique et la communication

scientifique

La communication entre scientifiques a été incontestablement d'une immense richesse, elle a surtout été bouleversée par la diversité des sources d'informations qu'elles aient été institutionnelles, ou qu'elles proviennent de la presse, des médias mais aussi des réseaux sociaux. Toutes ces sources ont été des vecteurs déterminants dans le partage des connaissances scientifiques.

Cette forte mobilisation de la communauté scientifique, a permis l'élaboration et la propagation d'une profusion d'informations souvent fluctuantes.

La connaissance du virus et de la pandémie ayant été en constante évolution, toute information considérée comme vérité un jour, a pu se trouver contestée le lendemain. Car les incertitudes, les doutes, et les controverses scientifiques font partie du processus d'élaboration des connaissances.

Certains médias se sont attachés à communiquer des informations de qualité s'appuyant sur la preuve scientifique, d'autres ont dérivé vers une « communication spectacle » volontiers polémique qui a contribué à la défiance envers la science et les scientifiques. (29)

Mais c'est aussi grâce à l'utilisation des groupes de réseaux sociaux que ces médecins ont dès le départ, avant même la découverte d'un vaccin, trouvé une forme de soutien, et un véritable écho aux questions qu'ils se posaient. Par l'échange d'expérience, en confrontant leur pratique de terrain avec d'autres médecins, mais aussi par l'échanges d'articles scientifiques, ils ont pu trouver les premières réponses sur les protocoles de prise en charge des patients, sur la recherche de moyens de prévention comme la nécessité d'une anti coagulation préventive mais également sur le plan thérapeutique, en se questionnant sur l'indication des antibiotiques, ou de la place des corticoïdes.

Alors que les recommandations officielles, notamment celles reçues par la DGS que les médecins ont reçus régulièrement à travers leur messagerie électronique semblaient se concentrer sur l'accès aux équipements de protections dans un premier temps. Puis, dans un second temps, sur la gestion des vaccins, et sur la vaccination après les autorisations de mise sur le marché des premiers vaccins.

Si les réseaux sociaux et divers blogs ont pu être un véritable soutien, ils ont pu servir à des acteurs de la recherche pour y communiquer des informations scientifiquement contestables, non validées par les pairs. Responsables ainsi d'une certaine désinformation ou de la propagation de croyances complotistes. Plus on a tendance à s'informer via les réseaux, et plus il y a un risque d'adhérer à des « fake news ». (30)

La finalité de la communication scientifique a pu être détournée par certains de ces médias qui ont contribué à entretenir la confusion entre vérité scientifique et opinion. C'est entre autre ce qui peut expliquer l'engouement pour le professeur Raoult, dont les débats ont été très médiatisés et qui défendait l'hydroxychloroquine dans le traitement de la Covid-19, comme pouvant être une alternative à la vaccination. Alors même que son efficacité sur la Covid 19 ne reposait que sur une étude clinique contestable. (29)

III-3 Isolement et obligation vaccinale

La sensation d'isolement ressentie par ces médecins généralistes dès le départ s'est pérennisée au cours de temps.

Alors qu'il a un rôle clé dans le système de soins, le médecin généraliste s'est retrouvé "acteur passif" malgré sa volonté d'apprendre, de s'instruire et de remplir son rôle en ce temps de crise. Il se sent légitime dans ce contexte pour avoir un esprit critique sur les informations qu'il reçoit.

Par ces échanges sur les réseaux sociaux, où ils confrontent leur pratique à celle d'autres médecins de terrain qui rencontrent des problématiques identiques, ils ont pu être confrontés comme eux à des doutes sur la gestion de la crise sanitaire opérée par le gouvernement et dont ils ont pu remettre en question la légitimité.

Estimant que le soutien du gouvernement et des autorités sanitaires n'étaient pas suffisant, leur refus de la vaccination a pu contribuer encore un peu plus à leur isolement, et a complexifier les échanges avec les autres médecins mais aussi avec leurs patients.

Alors qu'en octobre 2020 (avant le début de la vaccination), 25% des médecins généralistes étaient réticents et 40% exprimaient des doutes sur la sécurité des vaccins, en mars 2021, (environ 3 mois après le début de la vaccination) 27% d'entre eux n'avaient pas l'intention de se faire vacciner contre la Covid 19, pourtant, suite à la promulgation de la loi sur l'obligation vaccinale chez les soignants, médecins et pharmaciens confondus, 89% étaient à jour de leur vaccination. (31)

En rendant « obligatoire » la vaccination pour les soignants cela a eu pour conséquence de faire adhérer une partie des médecins hésitants alors que pour les médecins de notre étude cela a plutôt tendance à rompre leur confiance envers les autorités sanitaires.

Ils se sont sentis totalement isolés en remettant en question les sources officielles pour lesquelles ils émettaient déjà des doutes au vu des connaissances qu'ils détenaient

Ils ont été immédiatement catalogué « Anti-Vax », (bien qu'aucun de ces médecins ne l'ai été réellement), car tous recommandent la vaccination en général, mais aussi la vaccination contre

la Covid 19. Ils préconisent une vaccination au cas par cas, individuelle, ciblant les personnes à risques. Tous partagent l'efficacité du vaccin contre les formes graves de la Covid-19.

En voulant contraindre, par la mise en place de l'obligation vaccinale, n'est ce pas la liberté du médecin qui est remise en cause ?

C'est une question qui ne date pas d'hier comme en témoigne les débats au sénat en 1881 au sujet de l'obligation de la Vaccine :

« La vaccination obligatoire serait une atteinte portée à la liberté professionnelle, et une source de conflit perpétuel entre le droit du médecin et l'arbitraire de la loi ... Qu'arrivera-t-il lorsqu'on l'imposera ? Elle deviendra une source d'ennuis, de froissements et de résistances. Les critiques, les dénégations, les oppositions d'une minorité disséminée jusqu'ici formeront bientôt le parti compact de la résistance. Ce qui n'est aujourd'hui qu'une opinion individuelle deviendra demain une passion collective ; et la persuasion et l'exemple, fera place à un protestantisme d'une nouvelle espèce. Cela n'est pas une hypothèse, c'est la loi de l'esprit humain : la résistance croit avec la contrainte, et la vaccine court grand risque, dans cette lutte d'une erreur évoquant la liberté contre une vérité imposée par la violence, de perdre tout prestige de ses bienfaits. » Guérin (32)

III-4 Points forts et points faibles de l'étude :

La recherche menée auprès de médecins généralistes ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 semble peu étudiée en pratique, la question de l'hésitation et du refus de la vaccination s'intéressant plutôt aux soignants en général ou au public.

S'agissant d'explorer les croyances et les ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19, la méthode qualitative était particulièrement adaptée.

L'atout majeur de cette étude est qu'il repose sur l'expérience de ces médecins généralistes.

Aborder avec ces médecins leur vécu de la pandémie au Covid-19 dans sa globalité représente un deuxième atout permettant d'obtenir une vue d'ensemble dans laquelle il est possible d'identifier des circonstances particulières qui amènent ces médecins à refuser la vaccination contre la Covid-19.

Un autre point fort de l'étude réside dans l'hétérogénéité des tranches d'âge des participants permettant d'avoir différents points de vue sur la crise.

Enfin ce travail en plus de faire ressortir des catégories de croyances et de ressentis déjà observés par ailleurs, permet d'esquisser une articulation des ses catégories dans le temps et entre elles et intègre l'existence de fluctuations.

La portée des résultats est limitée par la méthode de recrutement quasi exclusif de médecins généralistes exerçant en milieu rural et semi rural. Enfin les résultats peuvent être limités en raison du mode de recrutement, notamment du fait de la difficulté pour trouver et obtenir les coordonnées de médecins généralistes ayant refusé la vaccination.

III-5 Perspectives

La pandémie du Covid-19 a marqué un tournant majeur pour la science et pour la société. Si ses conséquences réelles restent encore à apprécier, certains points demanderaient d'ores et déjà une réflexion pour éventuellement envisager des améliorations.

Renforcer la liberté individuelle du médecin généraliste.

La question centrale que soulève cette étude est de savoir si les autorités sanitaires peuvent contraindre la vaccination des médecins généralistes qui la refusent ?

Si la liberté individuelle doit absolument être respectée, elle s'arrête à la mise en danger d'autrui : le principe éthique essentiel étant de ne pas nuire « *primum non nocere* ».

De ce fait le risque de transmission d'un virus, d'une maladie en général, relève avant tout de la déontologie professionnelle et répond à une exigence éthique du médecin.

S'en tenir aux vérités scientifiques pour restaurer la confiance indispensable aux autorités.

Il convient que les autorités sanitaires tiennent pleinement ce rôle. Ce qui aurait pu éviter d'induire un défaut d'information au sujet du vaccin contre la Covid-19.

Le manque d'accessibilité à une information scientifique de qualité ainsi que le contexte d'évolutivité et d'incertitudes dues à des décisions parfois contradictoires émanant des autorités sanitaires, ont généré des interrogations sur la vaccination entraînant une crise profonde dans la confiance accordée au système de santé.

Une meilleure communication des autorités avec un discours de vérité en accord avec les avis émis par les agences sanitaires est nécessaire pour éviter que tout interstice entre les recommandations nationales et l'état des perspectives scientifiques ne soit investi par les désinformateurs. (28)

3) Le mode de communication de l'information est tout aussi important que l'information elle-même. (34)

La liberté de l'information scientifique et sa communication sont fondamentales (Genève 1948). Le journaliste scientifique doit être le maillon indispensable pour transmettre des informations fiables.

La culture scientifique figure parmi les grands enjeux de la démocratie. Elle doit être partagée par le plus grand nombre, les chercheurs et les journalistes ont un devoir éthique de contribuer à l'élévation de son niveau.

Ainsi, la création de la maison des sciences et des médias, prévue par la loi programmation pluriannuelle associant scientifiques, services de communication des institutions et journalistes scientifiques des différents médias apparaît comme une solution indispensable pour l'organisation de débats contradictoires avec obligation, pour les protagonistes, de préciser l'origine de leurs sources scientifiques restreignant ainsi les risques de conflits d'intérêt.

Cela permettrait une vigilance accrue pour éviter tout formatage de l'information et toute pression des lobbies. (29)

Toutefois, subsisteront les publications de « fakes news », (parfois faites par des professionnels de la santé...) difficilement contrôlables et pour lesquelles il n'y a actuellement aucun moyen réel de contrôle même si l'OMS a dédié un site spécifique de signalement de la désinformation en ligne insuffisant car actuellement défaillant. (35)

Mieux organiser la bonne transmission de l'information sur les effets indésirables avérés, suspectés et en cours d'étude auprès des professionnels de santé, pour s'assurer de leur vigilance mais aussi les guider dans leur pratique.

La déclaration des effets indésirables fait partie des obligations du médecin, pourtant elle ne fait pas partie de ses habitudes, tout d'abord parce qu'il est peu formé, et en raison d'un emploi du temps surchargé et d'une procédure fastidieuse et chronophage alors qu'il est déjà contraint par des tâches administratives très importantes. (28)

Adapter le protocole pourrait peut être envisagé pour encourager les professionnels de santé à déclarer des événements indésirables ce qui favoriserait de façon évidente un soutien plus efficace au système de pharmacovigilance dans son ensemble. Il pourrait éventuellement être discuté d'une rémunération des médecins généralistes si l'effet indésirable déclaré s'avérait être un signal fort et non connu.

Cette information sur les effets indésirables, normalement disponibles sur le site internet de l'ANSM, sera fournie de manière active aux professionnels de santé. Ce qui pourrait être le rôle des « DGS-Urgent ». Actuellement ceux-ci n'apportent pas toujours la clarté requise, dégradant parfois la confiance dans le système de santé (concernant notamment la pharmacovigilance).

Et cette information sur les effets indésirables gagnerait également à inclure des éléments de comparaison avec d'autres pays européens. (28)

La technologie utilisant l'ARN m doit associer les acteurs multiples de la société car elle pourrait dans les années à venir devenir courante. Il faut absolument poursuivre la surveillance activement notamment des enfants et des femmes enceintes ? Étant donné l'impossibilité à ce jour d'en mesurer avec exactitude les effets à long terme.

Mieux appréhender des données très évolutives est difficile et il apparaît donc essentiel de créer la confiance par une démarche pédagogique et un dialogue entre **les médecins généralistes** sur le terrain et les acteurs de la pharmacovigilance pour assurer la sécurité.

La place de l'obligation en derniers recours pour ne pas créer de discrimination.

Si son application pouvait être justifiée pour des raisons sanitaires, l'obligation nécessiterait de définir de façon très rigoureuse le cadre éthique dans lequel de nombreuses questions devront être posées et pour lesquelles les réponses constitueront un préalable pour que cette mesure soit réellement appliquée.

En Mars 2021, le ministre de la santé Olivier Veran demande instantanément aux soignants de se faire vacciner, en n'écouter pas une saisine du CCNE pour trancher sur le caractère légitime d'une vaccination obligatoire pour les soignants. Le CCNE ayant pourtant mis en garde contre cette mesure en décembre 2020, le considérant comme « un dernier recours ». (33)

Conclusion

L'information est la clé de la confiance.

La communication de l'information doit être équilibrée, et non disproportionnée, en se basant sur les données qu'il s'agisse de la démonstration de l'efficacité du vaccin ou sur l'existence d'effets indésirables. Adapter les messages sur la vaccination à l'évolution des connaissances est indispensable pour ne pas entretenir un faux espoir et des déceptions qui auraient tendance à engendrer de la défiance.

Impliquer plus le médecin généraliste et lui permettre d'accéder aux travaux scientifiques sur lesquels reposent les décisions, semble primordial pour restaurer la confiance dans le système de pharmacovigilance et envers les autorités sanitaires.

Si ce contexte a pu donner l'impression d'un désaccord entre les autorités sanitaires, le monde scientifique et les producteurs de vaccins ; faire peser une contrainte, sans reconnaître certaines incertitudes a pu polariser le débat rendant difficile les nuances qui sont pourtant nécessaires.

Avec des profils différents, tous les médecins de notre étude semblent reconnaître une efficacité contre les formes graves du Covid néanmoins concernant la vaccination des enfants et des femmes enceintes la balance bénéfice-risque n'est pas évidente pour eux.

Hésitation vaccinale semble plus appropriée pour définir les médecins de notre étude. On peut s'interroger si la mise en place de l'obligation vaccinale n'a pas eu pour répercussion de les catégoriser de « complotistes » et « Anti vax ».

Dans sa note publiée le 3 février 2022, le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale alertait déjà sur le risque d'une stigmatisation des personnes non vaccinées. (28)

Donc échanger, convaincre plutôt que faire peser une contrainte qui aurait tendance à cataloguer et isoler.

Bibliographie

- 1) L'Institut Pasteur maladie covid-19 (nouveau coronavirus) [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 01 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>
- 2) L'Institut Pasteur séquence le génome complet du coronavirus SARS-CoV-2 [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 01 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/institut-pasteur-sequencegenomecomplet-du-coronavirus-sars-cov-2>
- 3) Oxfam France. Pfizer, BioNTech et Moderna : des bénéficiaires importants pour les industries pharmaceutiques - Oxfam France [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.oxfamfrance.org/financement-du-developpement/pfizer-biontech-et-moderna-les-beneficiaires-des-industries-pharmaceutiques-nont-pas-connu-la-crise/>
- 4) Coronavirus et Covid-19 · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2020 [cité 01 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
- 5) La question de l'origine du SARS-COV-2 se pose sérieusement . Cnrs le journal, donner du sens à la science [Internet]. Cnrs. 2020 [cité 01 avr 2023]. Disponible sur: <https://lejournald.cnrs.fr/articles/la-question-de-lorigine-du-sars-cov-2-se-pose-serieusement>
- 6) Bonny V, Maillard A, Mousseaux C, Plaçais L, Richier Q. COVID-19 : physiopathologie d'une maladie à plusieurs visages. Rev Med Interne. juin 2020;41(6):375-89.
- 7) Accueil, Vaccination info service . Vaccins d'hier à aujourd'hui [Internet]. [cité 01 avr 2023]. Disponible sur : <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>
- 8) GERES- Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux [Internet]. [cité 01 avr 2023]. Disponible sur : https://www.geres.org/wp-content/uploads/2022/09/Tableau-Caracte%CC%81ristiques-Vaccins-Covid_09_22.pdf
- 9) Accueil-ANSM [Internet]. Dossier thématique-vaccins contre le Covid-19. [cité le 01 avr 2023]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises>

- 10) La vaccination contre la COVID-19 ? [Internet]. VIDAL. [cité 01 avr 2023].
Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/coronavirus-covid-19/vaccins.html>
- 11) URPS Médecin libéraux Haut de France [Internet]. Coronavirus-COVID-19. [cité 01 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.urpsml-hdf.fr/coronavirus-covid-19-quels-vaccins/>
- 12) EPI-PHARE Utilisation des vaccins ARNm monovalents et bivalents [Internet]. [cité 01 avr 2023]. Disponible sur : https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/utilisation-vaccins_monobivalents/
- 13) Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre la Covid-19 : place du vaccin Spikevax bivalent Original / Omicron BA.4/BA.5 (ARNm-1273.222) ; [Internet]. [cité le 01 av 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3383749/fr/strategie-de-vaccination-contre-la-covid-19-place-du-vaccin-spikevax-bivalent-original/-omicron-ba-4/ba-5-arnm-1273-222
- 14) Tuteleurope.eu. Covid-19 : chronologie de la pandémie en Europe - Tuteleurope.eu ; [Internet]. [cité le 01 avril 2023].
Disponible sur : <https://www.tuteleurope.eu/societe/covid-19-chronologie-de-la-pandemie-en-europe/>
- 15) Accueil - ANSM Actualité - Suspension temporaire par mesure de précaution de l'utilisation du vaccin AstraZeneca en France dans l'attente d'un avis de l'agence européenne du médicament (EMA) - ANSM [Internet]. [cité le 01 avril 2023].
Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/suspension-temporaire-par-mesure-de-precaution-de-lutilisation-du-vaccin-astrazeneca-en-france-dans-lattente-dun-avis-de-lagence-europeenne-du-medicament-ema>
- 16) Haute Autorité de Santé. Covid-19 : la HAS recommande d'utiliser le vaccin d'AstraZeneca chez les 55 ans et plus [Internet] . [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3244305/fr/covid-19-la-has-recommande-d-utiliser-le-vaccin-d-astrazeneca-chez-les-55-ans-et-plus
- 17) Légifrance LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire (1) - Légifrance [Internet]. [cité le 01 avril 2023].
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676>
- 18) Haute Autorité de Santé Avis n° 2021.0069/AC/SESPEV du 23 septembre 2021 du collège de la Haute Autorité de santé venant compléter l'avis du 23 août 2021 relatif à la définition des populations à cibler par la campagne de rappel vaccinal chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la Covid-19 [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288556/fr/avis-n-2021-0069/ac/sespev-du-23-septembre-2021-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-venant-completer-l-avis-du-23-aout-2021-relatif-a-la-definition-des-populations-a-cibler-par-la-campagne-de-rappel-vaccinal-chez-les-personnes-ayant-eu-une-primovaccination-complete-contre-la-covid-19

- 19) Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgs-urgent_no117_-_rappels_moderna.pdf
- 20) Haute Autorité de Santé Stratégie vaccinale de rappel contre la Covid-19 [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367885/fr/strategie-vaccinale-de-rappel-contre-la-covid-19
- 21) Accueil PRO | Vaccination Info Service Perception et adhésion à la vaccination en France [Internet]. [cité le 11 avril 2023]. Disponible sur : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination-en-France>
- 22) Guimier L. Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19. Herodote [Internet]. 9 déc 2021 [cité le 11 avril 2023];N° 183(4):227-50. Disponible : <https://doi.org/10.3917/her.183.0227>
- 23) Covid-19 : la stratégie de vaccination [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/277457-covid-19-la-strategie-de-vaccination>
- 24) Trust in Science Essential in Battle Against COVID-19; Lance Stevens and Ilana Ron Levey. Gallup.com [Internet] ; 3 mars 2020 [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://news.gallup.com/opinion/gallup/287285/trust-science-essential-battle-against-covid.aspx>
- 25) Peretti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale : une revue critique. J Antiinfect Oct 2015 [Internet]. [cité le 01 avril 2023];17(3):120-4. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.antinf.2015.07.002>
- 26) Henrich N, Holmes B. The public's acceptance of novel vaccines during a pandemic : a focus group study and its application to influenza H1N1. Emerg Health Threat J 11 avril 2009 [Internet]. [cité le 01 avril 2023];2(1):7088. Disponible sur : <https://doi.org/10.3402/ehhj.v2i0.7088>
- 27) Réalités Biomédicales Covid-19 : de nouvelles données sur l'effet de la vaccination sur la transmission du variant Delta [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.lemonde.fr/blog/realitesbiomedicales/2021/11/03/covid-19-nouvelles-donnees-de-leffet-de-la-vaccination-sur-la-transmission-du-variant-delta/>.
- 28) Sénat - Travaux parlementaires, sénateurs, Parlement | Sénat [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://www.senat.fr/rap/r21-659/r21-659.html>
- 29) Avis du COMETS « Communication scientifique en situation de crise sanitaire : profusion, richesse et dérives » [Internet]. COMETS. 2021 [cité 01 avril 2023]. Disponible sur : <https://comite-ethique.cnrs.fr/avis-du-comets-communicationscientifiqueen-situation-de-crise-sanitaire-profusion-richeesse-et-derives/>

- 30) Marco-Franco JE, Pita-Barros P, Vivas-Orts D, González-de-Julián S, Vivas-Consuelo D. COVID-19, Fake News, and Vaccines : Should Regulation Be Implemented ? Int J Environ Res Public Health]. 16 jan 2021 [Internet]. [cité le 01 avril 2023];18(2):744. Disponible : <https://doi.org/10.3390/ijerph18020744>
- 31) Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/pour-huit-medecins-generalistes-sur-dix-la-vaccination-contre-la-Covid-19>
- 32) Clio Texte. Les débats sur l'obligation vaccinale en 1881 et les arguments des opposants ; [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://clio-texte.clionautes.org/debats-sur-obligation-vaccinale-1881.html>
- 33) Page d'accueil | Comité Consultatif National d'Ethique [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Saisine%20Vaccins.pdf>
- 34) Kaufman J, Synnot A, Ryan R, Hill S, Horey D, Willis N, Lin V, Robinson P. Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 31 mai 2013 [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010038.pub2>
- 35) World Health Organization (WHO) Comment signaler les informations erronées en ligne ; [Internet]. [cité le 01 avril 2023]. Disponible : <https://www.who.int/fr/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/how-to-report-misinformation-online>

Annexe 1

Titre de la Recherche :

Croyances et ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid 19

Thèse de Mr Cassam Chenai Kévin

Je soussigné(e).....

Accepte de participer à l'étude :

Croyances et ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid 19

Thèse de Mr Cassam Chenai Kévin

Les objectifs et les modalités m'ont clairement été expliqués.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que le ou les entretiens soient enregistré(s), et que ces documents puissent être accessibles aux responsables de cette étude.

A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations avec le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, je suis libre de retirer à tout moment ma participation à l'étude.

Mon consentement écrit ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leur responsabilité, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après avoir discuté et obtenu toutes mes réponses, j'accepte volontairement et librement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait le

à

Nom et signature de l'investigateur

signature du sujet

Annexe 2



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Croyances et ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19
Référence Registre DPO : 2023-055
Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur : M. Kevin CASSAM CHENAI

Fait à Lille,

Le 5 avril 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3

QUESTION BRISE GLACE :

Pouvez-vous me raconter comment vous avez vécu cette pandémie du Covid-19 ?

La recherche bibliographique a permis d'établir une liste de questions de relance, utilisable lors des entretiens afin de répondre à la question de recherche.

Ces questions ne seront posées que si le thème est abordé par le médecin interrogé.

– Contexte de pandémie de COVID-19 :

Quelles ont été les difficultés et les obstacles que vous avez rencontrés personnellement mais aussi professionnellement ?

Pouvez-vous me décrire ce qui a été le plus difficile pour vous lors de cette pandémie de COVID-19 ?

Pensez-vous que cela a eu un impact sur votre position vis-à-vis de la vaccination contre la COVID-19 ?

– A propos de la vaccination contre la COVID-19 :

Quelles sont les difficultés et les obstacles que vous avez rencontrés/identifiés spécifiquement par rapport au vaccin contre la COVID-19 ?

Quelles sont les raisons de votre refus de vaccination contre la COVID-19 ?

Quelles ont été vos sources d'information ?

Avez-vous reçu des recommandations officielles (DGS, HAS, autre) ?

Avez-vous personnellement ressenti des réticences, craintes, hésitations dès le début ?

Quel est votre ressenti aujourd'hui ?

Quels facteurs ou quelles informations pourraient vous inciter à vous faire vacciner contre la COVID-19 ?

– A propos de la vaccination en général :

Comment décririez-vous votre position par rapport à la vaccination en général ?

– A propos de la grippe saisonnière :

Quelle est votre position au sujet du vaccin contre la grippe saisonnière? (Vous faites vous vacciner chaque année ?)

Avez-vous déjà encouragé une prévention alternative à la vaccination anti grippale ?

– **Prise en charge du patient:**

Quelle conduite à tenir encouragez-vous auprès de vos patients concernant la vaccination contre la Covid-19?

– **Communication interprofessionnelle:**

Racontez moi comment se sont passées vos relations avec les autres médecins ?

Quels arguments vous ont convaincus en faveur ou en défaveur de la vaccination contre la COVID-19 ?

– **Pistes d'amélioration:**

Selon vous, quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour pouvoir faire la promotion du vaccin ?

Si vous vouliez apporter des améliorations afin de faciliter votre adhésion à la vaccination lesquelles proposeriez-vous ?

– **Quels projets à l'avenir ?**

Pensez vous que votre position puisse évoluer/changer vis-à-vis des vaccins, du vaccin contre la COVID-19?

Mesuriez-vous les conséquences, pour votre activité professionnelle ?

Vers quel avenir professionnel vous orientez-vous ?

AUTEUR : Nom : CASSAM CHENAÏ Kévin

Date de soutenance : 06 juillet 2023

Titre de la thèse : Croyances et Ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES Médecine Générale

Mots-clés : COVID 19, SARS-CoV-2, Coronavirus, Médecins

Généralistes, Obstacles vaccination, Freins vaccination, Hésitation vaccinal

Titre de la Thèse : Croyances et ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19.

Contexte : L'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les soignants est adoptée le 25 juillet 2021. Cette mesure ne fait pas l'unanimité. Certains médecins généralistes décident de refuser de se faire vacciner. Comprendre « les croyances et les ressentis du médecin généraliste ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 ».

Méthode : Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) de 4 entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes de la région Hauts de France ayant refusé la vaccination contre la Covid-19 et ayant été suspendus du système de santé.

Résultats : Les doutes concernant les vaccins contre la Covid-19 sont venus s'ajouter au manque de confiance envers les autorités de santé qui s'est installé dès le début de la pandémie. La difficulté d'accès à une information scientifique de qualité, la communication de l'information scientifique sans qu'elle soit suffisamment équilibrée a alimenté cette défiance. Chez certains médecins généralistes qui se sentaient déjà hésitants, la mise en place de l'obligation vaccinale a eu pour conséquence de créer une réelle césure, ils se sont retrouvés catalogués d'« Antivax » et de « Complotistes ».

Conclusion : Mieux comprendre les réticences de ces médecins généralistes apparaît essentiel et constitue un enjeu de santé publique.

Impliquer plus le médecin généraliste dans le système de pharmacovigilance, assurer une transparence de l'information et faciliter l'accès aux travaux scientifiques sur lesquelles reposent les décisions semble indispensable pour restaurer la confiance envers les autorités gouvernementales. Echanger, convaincre plutôt que contraindre qui aurait plutôt tendance isoler et stigmatiser.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Dominique DEPLANQUE
Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent COUVREUR

