

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Connaissances épidémiologiques des méningites,
pratiques et ressentis de la vaccination contre la méningite
B par les médecins généralistes du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2025 à
16 heures au Pôle Formation
par Grégoire SAMAILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseur :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Carine NDJIKI-NYA

Avertissement

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

Sigles

COVID-19	Corona Virus Disease
DTPCaVHB	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B
IMM	Infections Invasives à Méningocoques
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
MG	Médecin Généraliste
N. Méningitidis	Neissera Méningitidis
PNN	Polynucléaire Neutrophile

Sommaire

INTRODUCTION.....	12
1 PHYSIOPATHOLOGIE DU MENINGOCOQUE	13
2 ÉPIDEMIOLOGIE DES MENINGITES BACTERIENNES	13
2.1 ÉPIDEMIOLOGIE DU MENINGOCOQUE	14
2.2 ÉPIDEMIOLOGIE DU N. MENINGITIDIS EN FRANCE	14
3 LA VACCINATION :	15
MATERIEL ET METHODES.....	18
1 TYPE D'ETUDE	18
2 POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT	18
3 RECUEIL DES DONNEES	18
4 ANALYSE DE DONNEES	19
5 ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE	19
6 CRITERES DE VALIDITE SCIENTIFIQUE.....	20
RESULTATS	21
1 PARTIE I : DESCRIPTION DES RESULTATS	21
1.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION	21
1.2 RESULTATS DES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS	22
1.3 ANALYSE DU RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT	26
2 ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION PRIMAIRE.....	26
2.1 ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE	26
2.1.1 <i>Une recrudescence préoccupante de la méningite B.....</i>	26
2.1.2 <i>L'importance de la vaccination dans la protection de la population</i>	26
2.1.3 <i>Un consensus favorable à la vaccination devant la gravité de la maladie</i>	27
2.2 PREVENTION PRIMAIRE	28
2.2.1 <i>Informé pour prévenir : un rôle central du médecin généraliste.....</i>	28
2.2.2 <i>Réduire l'incidence et la morbi-mortalité par la vaccination</i>	28
3 UNE PROTECTION INDIVIDUELLE DES L'ENFANCE	29
4 PERCEPTION DE LA VACCINATION PAR LES PARENTS	29
4.1 PERCEPTION DU VACCIN CONTRE LA MENINGITE B PAR LES PARENTS	29
4.1.1 <i>Une acceptation globalement favorable, surtout après explication</i>	29

4.1.2	<i>Une bonne adhésion vaccinale même avant l'obligation</i>	30
4.1.3	<i>Une minorité persistante de parents vaccinoseptiques</i>	30
4.1.4	<i>La peur de la responsabilité parentale comme levier d'adhésion</i>	30
4.2	CONNAISSANCE DES PARENTS DE LA MALADIE	31
4.2.1	<i>Des parents globalement informés</i>	31
4.2.2	<i>Une compréhension incomplète de la gravité et de l'urgence</i>	31
4.3	PERCEPTION DE L'OBLIGATION VACCINALE PAR LES PARENTS	32
4.3.1	<i>L'obligation réduit les résistances</i>	32
4.3.2	<i>Une contrainte qui entraîne une adhésion par défaut</i>	32
4.4	PERCEPTION DES RECOMMANDATIONS VACCINALES PAR LES PARENTS	33
4.4.1	<i>Une ambivalence face à l'absence d'obligation</i>	33
4.4.2	<i>Le libre choix comme source de doute</i>	33
5	ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA VACCINATION CONTRE LA MENINGITE B	33
5.1	LE ROLE D'INFORMATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA VACCINATION CONTRE LA MENINGITE B	33
5.1.1	<i>L'importance de l'explication pour favoriser l'adhésion</i>	34
5.1.2	<i>Avant l'obligation vaccinale : une proposition reposant sur le libre choix</i>	34
5.1.3	<i>Stratégies d'argumentation et adaptation du discours</i>	35
5.1.4	<i>Informations sur les effets secondaires : un discours nuancé</i>	36
5.1.5	<i>L'information intégrée dans le suivi du nourrisson</i>	36
5.1.6	<i>Le rôle de réassurance et d'adaptation à l'ère des réseaux sociaux</i>	37
5.2	LE ROLE D'EDUCATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA VACCINATION CONTRE LA MENINGITE B	38
5.2.1	<i>Anticiper les effets secondaires : éducation à la gestion des suites vaccinales</i>	38
5.2.2	<i>Clarifier le rôle du médecin dans le suivi vaccinal</i>	39
6	LE CADRE LEGAL : ENTRE OBLIGATION VACCINALE ET EFFET DE LEVIER	39
6.1	UNE OBLIGATION VACCINALE FACILITANT L'ADHESION	39
6.2	LES LIMITES DE L'OBLIGATION ET LA QUESTION DE LA SANCTION	40
6.3	OBLIGATION ET EFFET D'INFORMATION	40
7	PERCEPTION DE L'OBLIGATION VACCINALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE	41
8	AUTOFORMATION DU MEDECIN GENERALISTE	42
9	LA VACCINATION CONTRE LA MENINGITE B : EN PRATIQUE	44
9.1	LE RATTRAPAGE DU BEXSERO® CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS	44
9.2	LE RATTRAPAGE DU BEXSERO CHEZ LES ENFANTS DE PLUS DE 24 MOIS	46
9.3	ADAPTATION DE LA PRATIQUE VACCINALE AU CALENDRIER	47
10	PERCEPTION DU CALENDRIER VACCINAL PAR LE MEDECIN GENERALISTE (MG) ET SES LIMITES	48

10.1	LE CALENDRIER VACCINAL VU PAR LE MG	48
10.1.1	<i>Un calendrier perçu comme chargé mais utile.....</i>	48
10.1.2	<i>Une temporalité jugée adaptée, facilitant le suivi pédiatrique.....</i>	49
10.1.3	<i>Une charge vaccinale importante, générant une certaine adaptation des pratiques..</i>	50
10.2	LE POIDS DU LOBBYING MEDICAL PERÇU COMME UN FREIN A LA SIMPLIFICATION VACCINALE	50
10.2.1	<i>L'industrie pharmaceutique perçue comme un acteur influent dans l'organisation vaccinale</i>	50
10.2.2	<i>Des obstacles techniques et scientifiques à une injection unique ?</i>	51
11	PERCEPTION DE L'ELARGISSEMENT DU CALENDRIER VACCINAL PAR LE MEDECIN GENERALISTE : OUVERTURE VERS D'AUTRES VACCINS	51
11.1	UNE CONSCIENCE AIGUË DE LA GRAVITE DES MENINGITES, MOTEUR D'ADHESION A LA VACCINATION	52
11.2	UN SOUTIEN MARQUE A L'ELARGISSEMENT DE LA VACCINATION CONTRE LES SEROGROUPES ACWY ET B	52
11.3	UNE OUVERTURE VIGILANTE FACE A LA VACCINATION CONTRE LE VRS ET LA BRONCHIOLITE.....	53
11.4	DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES ET UNE MISE EN ŒUVRE ENCORE FLOUE.....	54
11.5	UN REGARD SUSPENDU QUANT A L'EFFICACITE REELLE DU VACCIN CONTRE LE VRS.....	55
11.6	UNE OUVERTURE A D'AUTRE VACCINATION OBLIGATOIRE : GARDASIL.....	55
12	. CONNAISSANCE ET PERCEPTION DES PARENTS DU CALENDRIER VACCINAL	56
12.1	CONNAISSANCES DES PARENTS DU CALENDRIER VACCINAL.....	56
12.1.1	<i>Une connaissance générale portée par le suivi médical et les outils de santé.....</i>	56
12.1.2	<i>Une méconnaissance du contenu pathologique du calendrier vaccinal</i>	57
12.1.3	<i>Une posture passive face à l'information vaccinale</i>	57
12.1.4	<i>La proposition d'outils pédagogiques pour améliorer la compréhension</i>	58
12.2	PERCEPTION DE LA VACCINATION EN GENERAL PAR LES PARENTS	58
12.2.1	<i>Une perception globalement positive.....</i>	59
12.2.2	<i>Un scepticisme minoritaire, mais présent dans toutes les catégories sociales</i>	59
12.2.3	<i>L'héritage des controverses vaccinales</i>	59
12.2.4	<i>L'impact majeur des réseaux sociaux.....</i>	59
12.2.5	<i>Les médias traditionnels comme levier d'adhésion</i>	60
13	PERCEPTION DU SYSTEME DE SANTE ET CONFIANCE VIS-A-VIS DU MG.....	61
13.1	PERCEPTION DU SYSTEME DE SANTE PAR LE MEDECIN GENERALISTE.....	61
13.2	PERCEPTION DU SYSTEME DE SANTE PAR LES PARENTS	62
13.3	RELATION DE CONFIANCE ENTRE LES PARENTS ET LE MEDECIN GENERALISTE	63
	DISCUSSION.....	65
1	PRINCIPAUX RESULTATS.....	65

1.1	PRINCIPAUX RESULTATS CONCERNANT LES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES.....	65
1.2	PRINCIPAUX RESULTATS CONCERNANT LA PRATIQUE ET RESENTIS DU CALENDRIER VACCINAL ET DE L'OBLIGATION VACCINALE, NOTAMMENT DU BEXSERO®.....	65
2	DISCUSSION DES RESULTATS	66
2.1	DISCUSSION DES RESULTATS CONCERNANT LES CONNAISSANCES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES.....	66
2.1.1	<i>Connaissances épidémiologiques des méningites toutes causes confondues.....</i>	<i>66</i>
2.1.2	<i>Connaissances épidémiologiques des méningites bactériennes.....</i>	<i>66</i>
2.1.3	<i>Connaissances épidémiologiques des méningites à méningocoque B.....</i>	<i>67</i>
2.1.4	<i>Connaissances épidémiologiques des méningites à méningocoque Y et W.....</i>	<i>67</i>
2.1.5	<i>Connaissances épidémiologiques de la gravité des méningites à méningocoque B.....</i>	<i>67</i>
2.1.6	<i>Évolution des souches des méningites bactériennes.....</i>	<i>68</i>
2.1.7	<i>Historique des mesures de prévention en France.....</i>	<i>69</i>
2.1.8	<i>Exemple d'autres pays concernant la vaccination contre le méningocoque B.....</i>	<i>69</i>
2.2	DISCUSSION DES RESULTATS DE LA PARTIE PRATIQUE DES MG AVEC LE VACCIN CONTRE LA MENINGITE B	70
2.2.1	<i>Le rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de moins de 2 ans.....</i>	<i>70</i>
2.2.2	<i>Rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de plus de 24 mois</i>	<i>72</i>
2.2.3	<i>C. Adaptation de la pratique vaccinale au calendrier.....</i>	<i>73</i>
2.3	DISCUSSION DES RESULTATS DE LA PARTIE RESENTI DES MG	76
2.3.1	<i>Perception de la vaccination par les parents.....</i>	<i>76</i>
2.3.2	<i>Rôle du MG dans la vaccination contre la méningite à méningocoque B</i>	<i>78</i>
2.3.3	<i>Perception du calendrier vaccinal par le MG.....</i>	<i>81</i>
2.3.4	<i>Perception de l'élargissement du calendrier vaccinal par le MG.....</i>	<i>83</i>
2.3.5	<i>Connaissance et perception des parents du calendrier vaccinal</i>	<i>85</i>
2.3.6	<i>Perception du système de santé par le MG</i>	<i>88</i>
2.4	OUVERTURES ET PERSPECTIVES	90
3	DISCUSSION DE LA METHODE	91
	CONCLUSION	93
	LISTE DES TABLES	94
	LISTE DES FIGURES	95
	REFERENCES	96
	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	101
	ANNEXE 2 : STANDARDS FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (SRQR)	103

Résumé

Contexte : Le calendrier vaccinal est en permanence mis à jour. Les médecins généralistes doivent faire face à nombre important de vaccins à réaliser. A 12 mois, 3 vaccins sont à réaliser en une seule consultation. Le 1^{er} objectif est d'analyser les connaissances épidémiologiques afin de savoir si leur pratique est fondée sur leurs connaissances épidémiologiques ou sur les recommandations. Le deuxième objectif est d'analyser leur pratique et leurs ressentis à l'égard de l'élargissement de l'obligation vaccinal, notamment du BEXSERO®.

Méthode : Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de sept médecins généralistes du Nord ayant acceptés de participer à cette étude après accord téléphonique. Les entretiens se sont déroulés du 31 janvier 2025 au 30 avril 2025. Cette étude est basée sur la théorisation ancrée.

Résultats : L'épidémiologie des méningites est parfois mal connue ou approximative mais l'ensemble des médecins interrogés reconnaissent la dangerosité potentielle de cette maladie, même si elle est souvent surestimée. Tous les médecins généralistes interrogés déclarent ne faire que 2 injections à 12 mois, c'est l'injection du BEXSERO® qui est décalée à 13 mois par crainte d'effets indésirables accentués ou par habitudes. Le rattrapage chez les plus de 24 mois est parfois mal connue tout comme la gestion des effets secondaires. Les médecins interrogés ont une opinion positive à l'élargissement de l'obligation vaccinale du BEXSERO®. Cette obligation peut être un levier facilitateur d'adhésion parentale. En effet, le terme « recommandé » peut être source de méfiance de la part des parents. Cependant, le lien de confiance joue un rôle primordial dans l'adhésion au calendrier vaccinal par les parents.

Conclusion : L'ensemble des médecins interrogés sont favorables à l'élargissement de l'obligation vaccinale du BEXSERO®, même s'il oblige le médecin à s'adapter au contrainte logistique, aux craintes parentales et aux évolutions des recommandations.

Introduction

La méningite est une inflammation de l'enveloppe protégeant le cerveau et la moelle épinière. Cette inflammation de l'enveloppe peut entraîner un syndrome méningé avec différents symptômes comme des céphalées, une photo-phonophobie, des vomissements, une raideur de la nuque, une hyperthermie, des convulsions, un syndrome pyramidal (spasticité, hypertonie, signe déficitaires), des troubles de la conscience, un purpura (évocateur de méningocoque).

Cette inflammation peut trouver différentes origines. La plus fréquente d'entre elles est d'origine virale dans environ 80% des cas[1], dont la guérison sans séquelle est généralement observée. On retrouve majoritairement des virus de la famille des entérovirus (Echovirus, Coxsackie virus ...).

Moins de 5% des méningites sont d'origine fongique (*Cryptococcus neoformans*, *Candida albicans* par exemple) ou parasitaire (Toxoplasmose ou Paludisme)[2].

Les méningites d'origine bactérienne représentent 20 à 25% des cas de méningite[3]. La symptomatologie est souvent plus bruyante et l'état clinique du patient se dégrade plus rapidement. La morbi mortalité est plus élevée avec une mortalité évaluée à 10% (tout germe confondu). La méningite bactérienne peut entraîner des séquelles dans environ 20% des cas[4]. Parmi ces séquelles, on retrouve des séquelles motrices à type de mono ou hémiparésie, séquelles sensorielles avec l'atteinte des paires crâniennes (cécité, surdité) ou des séquelles psychomotrices à type d'épilepsie, des troubles cognitifs, une hydrocéphalie à pression normale (trouble de la marche, de l'équilibre et trouble sphinctérien)[3].

La méningite bactérienne est une urgence vitale et l'antibiothérapie doit être administrée le plus rapidement possible. Elle est ensuite adaptée aux germes mis en évidence après la ponction lombaire.

Les facteurs de mauvais pronostic sont : le retard de la prise en charge, âge inférieur à 2 ans ou supérieur à 60 ans, le germe en cause (le pneumocoque aurait une morbi mortalité plus sévère), les troubles de la conscience et un état de choc septique.

1 Physiopathologie du méningocoque

Le rhinopharynx est l'habitat naturel de certaines bactéries responsables de méningite bactérienne comme l'*Haemophilus pneumonia*, du *Neisseria méningitis* et du *Streptococcus pneumoniae*.

Après une inflammation des voies aériennes supérieures (post virale par exemple), ces bactéries peuvent migrer dans le sang et passer la barrière hémato-encéphalique. C'est pourquoi, le pic d'incidence des méningites bactériennes se situe en hiver.

Exemple du N.Méningitis : le N.méningitis colonise l'oropharynx par transmission interhumaine par gouttelette. Il faut un contact rapproché, prolongé (plus d'une heure) et direct. Le rhinopharynx se retrouve colonisé par cette bactérie. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un porteur sain. Le portage sain peut durer plusieurs mois.[5]

Grâce à sa protéine PILI, il passe les muqueuses du naso ou oropharynx et se retrouve dans la circulation sanguine. Le N. Méningitis est protégé des phagocytes grâce à son enveloppe polysaccharidique. Il a la capacité de traverser la barrière hémato-encéphalique via les plexus choroïdes des ventricules latéraux. Une fois dans le LCR (milieu pauvre en anticorps ou cellule phagocytaire), la présence du N. Méningitis entraîne une libération de cytokines par les macrophages ce qui entraîne un afflux de polynucléaires neutrophiles (PNN) dans le LCR. Cet afflux de PNN, altère la barrière hémato-encéphalique, ce qui la rend plus perméable.

Toute cette cascade du système immunitaire favorise la thrombose artérielle et veineuse, qui favorise l'œdème cérébral, qui conduit à une diminution du débit sanguin cérébral, qui entraîne une augmentation de la pression intra crânienne (responsable des symptômes) qui entraîne des lésions cérébrales.[6]

2 Épidémiologie des méningites bactériennes

Annuellement, on dénombre 1500 cas de méningites bactérienne en France [3]. En fonction de l'âge des patients, la bactérie responsable diffère. Le tableau ci-dessous reprend les principales bactéries retrouvées selon l'âge des patients atteints de méningite bactérienne.

Tableau 1: bactéries prédominantes selon les âges lors d'une méningite

Age	Principales bactéries retrouvées
Nouveau-né (jusqu'à 28 jours)	Streptocoque du groupe B, E.Coli, Listeria monocytogènes
Enfant de moins de 5 ans	Haemophilus influenza, neisseria meningitidis, streptococcus pneumoniae
Après 5 ans	Neisseria meningitidis, streptococcus pneumoniae
Immunodéprimés	Listeria monocytogenes, mycobacterium tuberculosis

2.1 Épidémiologie du méningocoque

L'épidémiologie des méningites à méningocoque présente 2 pics d'incidence. Le premier pic d'incidence survient dans les premières années de vies, avant l'âge de 1 an. Le 2^{ème} pic d'incidence survient à l'adolescence ou chez le jeune adulte.[7]

Globalement, l'épidémiologie se caractérise par des cas sporadiques ou par épidémiologie à petit échantillon. On estime que 5 à 10% de la population est porteur sain (au niveau de l'oropharynx) du méningocoque, tout sérotype confondu.[6]

Parmi les différents N. Meningitis, les sérotypes les plus fréquemment retrouvés sont le sérotype A (Afrique subsaharienne), B (Europe et Amérique), C (Amérique, Europe, Asie), et W (en augmentation à l'échelle mondiale).

2.2 Épidémiologie du N. Meningitidis en France

En 2018, parmi les cas de méningites bactériennes, 51% était du sérotype B, 13% du C, 21% de W et 13% de Y [8]

En Décembre 2022, les infections invasives à méningocoque (IIM) sont réparties à la hausse notamment chez les 15-24 ans. En effet, après 2 années marquées par les mesures de protection liées au COVID-19, 323 cas d'IIM ont été recensés, soit une incidence de 0,48 cas pour 100 000 habitants. Sur les 323 cas, il y a eu 36 décès soit une létalité de 11%. Parmi les sérotypes, 50% étaient dû au méningocoque du sérotype B suivi du sérotype Y :24,5% ; puis du sérotype W (20,4%).[9]

D'après le Quotidien du Médecin paru en Octobre 2023, en 2022, la souche B représentait environ 67% des IIM chez les enfants de moins de 4 ans et les souches Y et W représentaient 30%.

En 2023, selon Santé Publique France, 560 cas d'IIM ont été déclarés soit une augmentation de plus de 70% par rapport à 2022. Parmi les différents sérogroupes, on retrouve 44% de B, 29% de W et 24% de Y.[10]

Cette forte augmentation de cas d'IMM a surtout touché les jeunes adultes de plus de 25 ans. La souche W présentait une létalité de près de 19%, alors que les souches B présentaient une létalité de 7% et 8% pour la souche Y.[10]

En 2023, chez les nourrissons de moins d'un an et les enfants de 1 à 4 ans, la souche B était majoritaire dans les IIM avec 60% des cas (versus 67% en 2022). Les souches Y et W représentaient 41% des cas chez les moins de 5 ans.[10]

En Février 2025, suite à un point épidémiologique émis par Santé publique France, la DGS a alerté les professionnels de santé d'une augmentation des cas d'IMM depuis novembre 2024 [11]

3 La vaccination

La vaccination est un outil de prévention reconnu qui permet de diminuer, voire d'éradiquer des pathologies (par exemple, la variole). Elle fait partie du quotidien du médecin généraliste, notamment chez le nourrisson. En effet, il existe des vaccins obligatoires à l'âge de 2, 4 et 11 mois pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, le pneumocoque, l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* B. À l'âge de 12 et 16/18 mois contre la rubéole, la rougeole et les oreillons et à l'âge de 5 et 12 mois contre la méningite C.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, le calendrier vaccinal a connu des modifications. En effet, le vaccin contre la méningite C a été remplacé par le vaccin contre les méningites des souches ACWY135 à l'âge de 6 et 12 mois. Le vaccin contre la méningite B a été rendu obligatoire à l'âge de 3-5 et 12 mois.

Ces modifications du calendrier vaccinal font suite à une évolution de l'épidémiologie des méningites bactériennes ainsi que la gravité de cette pathologie.

Cette mise à jour implique au médecin généraliste d'adapter sa pratique et d'actualiser ses connaissances.

En regardant de plus près le calendrier vaccinal obligatoire, on se rend compte que les nourrissons ont :

- 2 injections à 2 mois (DTPCaVHB et pneumocoque)
- 1 injection à 3 mois (méningocoque B)
- 2 injections à 4 mois (DTPCaVHB et pneumocoque)
- 1 injection à 5 mois (méningocoque B)
- 1 injection à 6 mois (méningocoque ACWY)
- 2 injections à 11 mois (DTPCaVHB et pneumocoque)
- 3 injections à 12 mois (ROR, méningocoque ACWY et méningocoque B)
- 1 injections à 16-18 mois (ROR)

Soit 13 injections vaccinales obligatoires de la naissance à 16-18 mois.

Âge approprié	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite								
Coqueluche								
Haemophilus influenzae de type b (HIB)								
Hépatite B								
Pneumocoque								
Rougeole-Oreillons-Rubéole								
Méningocoques ACWY								
Méningocoque B								

Figure 1: Calendrier vaccinal des nourrissons en 2025

C'est dans ce contexte que mon travail de thèse intervient. Devant le nombre important de vaccins chez les nourrissons, le médecin généraliste étant en première ligne pour leur administration, il est intéressant de savoir en pratique comment ils s'organisent afin de vacciner les nourrissons contre la méningite B?

L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti des médecins généralistes du Nord de la France concernant l'élargissement du calendrier vaccinal obligatoire

contre la méningite, en particulier du vaccin contre la méningite B, d'analyser leur pratique et la manière dont ils s'adaptent au nouveau calendrier.

Le deuxième but de cette étude était d'analyser les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes concernant les méningites afin de savoir s'ils appliquent les recommandations en fonction de leurs connaissances épidémiologiques ou selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Matériel et méthodes

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée dans le Nord auprès de médecins généralistes thésés. Elle a été conduite par des entretiens individuels semi-dirigés réalisés en présentiel ou par appel téléphonique entre le 31 Janvier 2025 et le 30 Avril 2025.

2 Population étudiée et recrutement

La population étudiée était les médecins généralistes installés dans le Nord. Le recrutement des médecins s'est effectué par contact téléphonique et par effet boule de neige.

Le nombre de médecins nécessaire pour l'étude n'était pas fixé à l'avance. Les entretiens se sont effectués jusqu'à obtention d'une suffisance de données, c'est-à-dire lorsque deux entretiens consécutifs n'apportaient plus de nouvelle propriété.

3 Recueil des données

Les entretiens ont été enregistré de manière anonyme via l'application Dictaphone du téléphone de l'investigateur. Le consentement oral concernant l'enregistrement de chaque participant a été obtenu avant le début de chaque entretien. Les enregistrements audios ont été supprimés une fois la retranscription effectuée.

Les entretiens ont été réalisés par l'investigateur, en présentiel ou par appel téléphonique, dans un lieu choisi par le participant. Chaque entretien débutait par une présentation de l'investigateur et du thème de l'étude.

Le guide d'entretien a été réalisé par l'investigateur et sa directrice de thèse en fonction des différentes lectures d'articles et de l'expérience personnelle de l'investigateur. Un entretien préliminaire a permis de tester un premier guide

d'entretien à partir de thèmes généraux. Le guide d'entretien a été ajusté au fur et à mesure de l'avancée des entretiens, selon les nouvelles idées émergentes. (Annexe 1).

Les principaux thèmes abordés étaient :

- L'épidémiologie des méningites en France (virales et bactériennes)
- Le ressenti du MG concernant le calendrier vaccinal et de l'obligation vaccinale du BEXSERO®
- La pratique de la vaccination du BEXSERO® par les MG
- L'élargissement du calendrier vaccinal aux vaccinations obligatoires

4 Analyse de données

Chaque entretien enregistré a été retranscrit en intégralité par l'investigateur via le logiciel de traitement de texte Word® sous forme de verbatim. Afin de garantir l'anonymat de chaque participant, les noms des médecins généralistes interrogés a été remplacé par MG1, MG2...

Une triangulation des données par double encodage a été réalisé avec un autre investigateur, médecin généraliste thésé afin d'augmenter la validité interne des résultats.

Les verbatims ont d'abord été triés au sein d'un tableau selon une idée. Puis, les idées ont été regroupé selon des thèmes généraux.

5 Aspect éthique et réglementaire

Avant le début des entretiens, chaque participant a été informé oralement de l'anonymisation des entretiens ainsi que de leur enregistrement. Les enregistrements audios ont été supprimés une fois la retranscription effectuée afin de garantir la confidentialité des données.

L'étude étant qualitative, elle ne justifie pas d'autorisation auprès de la CNIL car aucune donnée personnelle ou aucune intervention sur une personne physique n'est utilisée dans cette étude.

6 Critères de validité scientifique

La grille de qualité utilisée était la Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) qui a servi de support à la rédaction de l'étude afin de juger de la qualité du travail de recherche qualitative (Annexe 2)

La rédaction de la thèse s'est effectuée en deux parties. La première partie concerne l'épidémiologie. Chaque question a été analysée séparément.

La deuxième partie concerne la pratique du médecin généraliste. Dans cette partie la triangulation des données a une place prépondérante afin d'analyser le ressenti et la pratique du médecin généraliste concernant le calendrier vaccinal et notamment du vaccin contre la méningite B.

La rédaction s'est déroulée en plusieurs étapes. Elle a débuté par les thèmes dans lesquelles j'ai retranscrits les idées avec les verbatims des médecins.

Suite à cette première rédaction, une deuxième lecture a permis de regrouper les idées afin de croiser les idées et de rédiger la thèse de façon cohérente.

Résultats

1 Partie I : Description des résultats

1.1 Description de la population

Tableau 2: caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Médecin	Sexe	Age (années)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre de nourrissons (0-24 mois) dans la patientèle (en %)	Durée de l'entretien (en minutes)
1	Femme	30	MSP	Urbain	10	14, 58
2	Homme	37	MSP	urbain	2-3%	19, 22
3	Femme	32	MSP	Semi rural	2-3%	20, 39
4	Homme	39	MSP salarié	Semi rural	2%	21,25
5	Homme	59	MSP	urbain	5%	16, 04
6	Homme	56	MSP	urbain	5%	17, 54
7	Homme	60	seul	urbain	1%	18,31

Au total, 15 médecins ont été contactés. 7 médecins ont accepté de participer à l'étude. 5 entretiens ont été réalisés avant d'arriver à saturation des données. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer l'absence de nouvelles idées.

2 femmes et 5 hommes faisaient partis des médecins interrogés. Les entretiens ont duré entre 14min et 21min.

Tous les médecins étaient installés, 1 avait une activité en salariat et les 6 autres médecins avaient une activité en libéral.

La majorité des médecins interrogés exerce dans un milieu urbain (5 médecins sur 7).

La proportion de nourrissons dans leur patientèle varie de 1 à 10%. En effet, un des médecins installés avait un DU en pédiatrie et avait un attrait pour les soins de l'enfant.

La première partie des entretiens visait à analyser la connaissance des médecins généralistes concernant l'épidémiologie des méningites afin de déterminer si les médecins généralistes adaptent leur pratique à l'épidémiologie et/ou selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

1.2 Résultats des connaissances épidémiologiques des médecins

La première partie des entretiens visait à analyser la connaissance des médecins généralistes concernant l'épidémiologie des méningites afin de déterminer si les médecins généralistes adaptaient leur pratique à l'épidémiologie et/ou selon les recommandations de la Haute Autorité de de Santé.

- 1) Savez-vous combien de méningites, toutes causes confondues, surviennent chaque année en France ?

Tableau 3: Nombre de cas de méningites toutes causes confondues en France, d'après les MG interrogés

MG 1	« Je pense qu'il y a environ 1000 cas par an »
MG 2	« il doit, je pense, (il réfléchit 2-3 secondes) qu'il doit y en avoir 2000/an »
MG 3	« ca commence à revenir, je sais pas, je dirai 2000 ou 3000 »
MG 4	« je pense que je vais sous évaluer, je vais dire 200 »
MG 5	« non, mais en France, je dirai ... 10 000 »
MG 6	« aucune idée, je sais pas, 1000 »
MG 7	« je ne sais pas du tout », « ça doit pas être si peu, je dirai 3000 »

Les réponses variaient fortement, de 200 à 10 000 cas, avec une tendance à la sous-estimation :

- Sous-estimation : MG 1, 2, 3, 4, 6, 7 (200 à 3000 cas)
- Juste valeur (approx.) : MG 5 (10 000 cas, un peu au-dessus)

2) Connaissez-vous le pourcentage de méningites bactériennes sur l'ensemble des méningites annuelles en France ?

Tableau 4: Pourcentage de méningites bactériennes sur l'ensemble des méningites par an (en %), d'après les MG interrogés

MG 1	« entre 5 et 10% »
MG 2	« je pense qu'on doit être à 10% peut être ». « environ 200/an »
MG 3	« un peu pres, je dirai 20% »
MG 4	« je sais pas, 20-30% »
MG 5	« je dirai 40% »
MG 6	« oula ... au moins 50% »
MG 7	« j'aurai dis 20% »

Les réponses de la part des médecins interrogés allaient de 5% à 50%.

- 3 MG étaient dans une fourchette raisonnable (10–20%) : MG 1, 2, 3, 4, 7
- Surestimation nette : MG 5 (40%), MG 6 (50%)

3) Concernant les méningites bactériennes à méningocoque, combien (en %) sont dues au méningocoque B chez les 0-24 mois ?

Tableau 5: Méningites bactériennes à méningocoque dues au séro groupe B (en%) d'après les MG interrogés

MG 1	« J'aurai dit 40% »
MG 2	« via la vaccination du C, on doit être à 60-70% »
MG 3	« méningite B, c'est là où il y en a le plus, (elle réfléchit 2 secondes), ça commence à revenir, au moins un tiers »
MG 4	« je sais que c'est la première cause, en pourcentage, je dirai 50% »
MG 5	« 10% »
MG 6	« je dirai 30% chez les nourrissons »
MG 7	« bonne question, j'en sais rien mais je dirai 50% »

Les réponses des différents médecins interrogés vont de 10% à 70%.

- Correctes ou proches : MG 2, 4, 7
- Sous-estimation importante : MG 1 (40%) MG 5 (10%), MG 3 et 6 (30%)

4) Et les souches Y et W ?

Tableau 6: Méningites à méningocoque Y et W (en %), d'après les MG interrogés

MG 1	« Ça occupe une grosse place aussi, je crois qu'on est à 30-35% »
MG 2	« 1% peut être »
MG 3	« Ca je ne sais pas du tout, mais je dirai 30% »
MG 4	« Je dirai 10-15% »
MG 5	« 12% »
MG 6	« 25% »
MG 7	« 10% »

Les réponses des MG variaient de 1% à 35%, avec des réponses pertinentes pour MG 1, 3, 4, 5, 6, 7 (entre 10 et 35%) et une sous-estimation extrême : MG 2 (1%)

5) À votre avis, concernant la méningite B, quel est le % de létalité (9 à 12%) et le % de séquelle (20%) ?

Tableau 7: mortalité et létalité (en %) de la méningite B

MG 1	« Je crois qu'il y a un enfant sur 10 en décède et 30% de séquelles »
MG 2	« ca doit un tiers de décès, un tiers de séquelles, un tiers sans séquelles »
MG 3	« il est important, séquelles, au moins 50% et décès je dirai 30%, j'espère me trompais »
MG 4	« 10 % de létalité » et « pour les séquelles, aucune idée, 30% »
MG 5	« 40% de mortalité » et « 25% »
MG 6	« ca c'est une bonne question, je dirai 25% » pour la létalité et « je dirai 50% » pour les séquelles
MG 7	« 85% en séquelles et 45% en létalité »

Les MG estimaient que la létalité varie de 10% à 45%.

Les MG estimaient que les séquelles représentent 20% à 85%

- MG 1, 4 : proches des bons chiffres
- MG 2, 3, 5, 6, 7 : grandes surestimations (létalité jusqu'à 45%, séquelles jusqu'à 85%)

1.3 Analyse du ressenti des médecins généralistes concernant

La deuxième partie des entretiens s'intéressait à analyser le ressenti des médecins généralistes du Nord concernant l'élargissement vaccinal obligatoire contre la méningite, en particulier contre la méningite B, d'analyser leur pratique et la manière dont ils s'adaptent au nouveau calendrier vaccinal.

2 Enjeux de santé publique et prévention primaire

2.1 Enjeux de santé publique

2.1.1 Une recrudescence préoccupante de la méningite B

La méningite à méningocoque B s'impose aujourd'hui comme un véritable enjeu de santé publique, en raison d'une augmentation de son incidence observée par les professionnels de santé. Plusieurs médecins généralistes soulignaient une présence croissante de cas dans les services d'urgence et de réanimation, traduisant une pression accrue sur le système de soins.

MG1 : « *La méningite B prend déjà une place prépondérante aux urgences* » ;

MG3 : « *Recrudescence des méningites* ».

Cette tendance était également confirmée par la fréquence des cas graves nécessitant une prise en charge intensive.

MG1 : « *On a une grosse part de méningite B aux urgences et en réanimation, c'est important de les vacciner* ».

2.1.2 L'importance de la vaccination dans la protection de la population

Face à la gravité potentielle de la maladie, marquée par des séquelles lourdes et un taux de mortalité non négligeable, la vaccination apparaissait comme une mesure de santé publique incontournable, dont le médecin généraliste jouait un rôle important. Les médecins interrogés insistaient sur la nécessité d'informer les patients et de prévenir les formes graves de la maladie par une immunisation précoce.

MG2 : « *Le vaccin est obligatoire et très important avec des risques de séquelles, un coût pour la société ou ce qu'on veut* ».

Plusieurs praticiens soulignent que l'obligation vaccinale a été déterminante pour augmenter la couverture vaccinale, nécessaire pour réduire la propagation de la bactérie.

MG3 : « *Je pense qu'il fallait le rendre obligatoire parce que sinon je pense qu'on n'aurait pas eu le taux de vaccination souhaité si ça n'avait pas été obligatoire* ».

2.1.3 Un consensus favorable à la vaccination devant la gravité de la maladie

Tous les médecins généralistes interrogés mettaient en avant la gravité de la méningite B, qui justifiait selon eux une stratégie vaccinale ferme, même avant qu'elle ne devienne obligatoire. La vaccination était perçue comme un levier efficace de réduction du risque individuel et collectif, dans un contexte où les conséquences de la maladie peuvent être dramatiques :

MG4 : « *La méningite, ça reste une maladie mortelle, donc un rapport bénéfice-risque qui globalement faut le faire* ».

MG4 : « *Si on peut sauver les 10 %, c'est pas mal. Ce serait pas mal, ouais. Si on peut sauver les 10 % restants, c'est pas mal. Vu la gravité de la maladie. C'est déjà ça, ouais* »

Face à ces constats partagés par les professionnels de santé, la méningite B apparaissait non seulement comme une menace pour la santé individuelle, mais également comme un véritable enjeu collectif de santé publique. La gravité de la maladie, conjuguée à l'augmentation du nombre de cas, justifiait l'intégration du vaccin dans le calendrier vaccinal obligatoire.

Cependant, au-delà de l'obligation, la réussite de la stratégie vaccinale reposait largement sur une prévention primaire efficace, dans laquelle le rôle du médecin généraliste était central. Informer, convaincre et protéger constituent des actions clés pour favoriser l'adhésion à la vaccination.

2.2 Prévention primaire

2.2.1 Informer pour prévenir : un rôle central du médecin généraliste

Dans la stratégie de prévention primaire, l'information délivrée aux parents jouait un rôle déterminant. Les médecins généralistes interrogés soulignaient l'importance de sensibiliser les familles à la gravité de la méningite B, notamment en insistant sur sa fréquence actuelle, ses complications et son taux de mortalité.

MG1 : *« Il a pour but de protéger contre la méningite B et qu'il est majoritaire en ce moment aux urgences chez les enfants qui rentrent pour une méningite bactérienne. Je leur explique les risques de complications de la méningite, et que euh, le risque de mortalité, 10 %. »*

Un des médecins interrogés ajoutait être convaincu de son intérêt.

MG6 : *« Je suis convaincue de son intérêt. »*

Cette démarche éducative reposait également sur une mise en perspective avec d'autres formes de méningites, comme le méningocoque C, aujourd'hui mieux contrôlées grâce à la vaccination. En effet, l'efficacité du vaccin contre la méningite C était utilisée comme exemple pour aborder le sujet avec les parents.

MG2 : *« J'insistais sur le fait que le méningo C, euhh, était une obligation mais qu'il y avait moins de cas et maintenant il y avait plus de B. »*

MG3 : *« Quand on vaccinait contre la méningite C (...) ça avait largement baissé la présence de méningite C. Donc, l'intérêt de le faire contre les autres méningites, ouais, je suis carrément pour. »*

2.2.2 Réduire l'incidence et la morbi-mortalité par la vaccination

L'ensemble des professionnels interrogés s'accordaient sur le fait que la vaccination constitue un outil efficace pour réduire l'incidence de la méningite B et de limiter les complications. Comme les lourdes séquelles, ou les décès associés à cette pathologie. La gravité de la maladie était l'argument principal car sa fréquence, au contraire était plus limitée.

MG3 : *« Pour réduire l'incidence de la maladie. »*

MG1 : « *Ce n'est pas la maladie la plus fréquente mais au vu des séquelles et de la morbidité.* »

3 Une protection individuelle dès l'enfance

La vaccination contre la méningite B était également perçue comme une mesure de protection individuelle, particulièrement pertinente dans l'enfance. Le médecin généraliste agissait comme un acteur direct de cette protection, convaincu de son efficacité à court et à long terme :

MG1 : « *C'est quand même important de les protéger.* »

Certains soulignaient également l'importance de vacciner précocement pour prévenir les risques lors de l'adolescence, période où les consultations devenaient plus rares et où les cas de méningite pouvaient réapparaître.

MG1 : « *Qu'il y a une recrudescence au moment de l'adolescence et on les voit beaucoup moins à cet âge.* »

4 Perception de la vaccination par les parents

4.1 Perception du vaccin contre la méningite B par les parents

4.1.1 Une acceptation globalement favorable, surtout après explication

Les médecins généralistes s'accordaient pour dire que l'information claire contribuait à l'acceptation parentale du vaccin contre la méningite B. Lorsqu'ils prenaient le temps de présenter les risques liés à la maladie et les bénéfices de la vaccination, la majorité des parents se montrait favorable.

MG1 expliquait que : « *Souvent ils sont très favorables à ce vaccin.* »

Cette acceptabilité reposait sur la communication médecin-patient. En effet, certains parents pouvaient exprimer des hésitations initiales, mais ils revoyaient généralement leur position une fois informés, comme le précise MG1 : « *Ils réfléchissaient et en leur donnant les informations ou des sites internet ressources...* »

Cette pédagogie permettait de transformer des hésitations en adhésion, ce qui témoigne de la confiance que les patients accordaient à leur médecin traitant.

4.1.2 Une bonne adhésion vaccinale même avant l'obligation

Plusieurs praticiens observaient que, avant même l'introduction de l'obligation vaccinale, un nombre significatif de parents faisait déjà le choix de vacciner leur enfant contre la méningite B. Cela reflétait une sensibilité accrue à la protection contre cette maladie grave.

MG1 soulignait que ces parents étaient volontaires et conscients des enjeux : *« Ils sont même favorables à ce que les enfants soient couverts de cette maladie. »*

MG4 apportait une estimation chiffrée de cette tendance : *« J'étais à 80 % de vaccinés. Avant l'obligation ? Oui. Ce qui est déjà pas mal. »*

Cependant, il précisait que la finalisation du calendrier vaccinal pouvait devenir délicate, notamment lorsque les parents présentaient des réticences vis-à-vis de certaines doses complémentaires : *« Quand on finit le calendrier vaccinal avec ces jeunes-là, c'est compliqué... on a envie de le rajouter, mais les parents ne sont pas forcément pour. »*

4.1.3 Une minorité persistante de parents vaccinoseptiques

Malgré cette tendance globalement favorable, les médecins reconnaissaient qu'une minorité de la population restait méfiante, voire fermement opposée à la vaccination, en particulier lorsqu'il s'agissait de vaccins récents ou non obligatoires.

MG4 décrivait cette réticence avec franchise : *« Non, je ne veux pas pour l'instant ». Ils disent non, quoi. Ils disent non. C'est des gens méfiants. Il y a toujours un peu de méfiance. Il y a toujours des réticents. »*

Cette défiance, parfois ancrée dans une méfiance générale envers les institutions, pouvait constituer un frein à la couverture vaccinale optimale, même en présence d'un discours médical argumenté.

4.1.4 La peur de la responsabilité parentale comme levier d'adhésion

Pour certains médecins, l'évocation du risque grave et de la responsabilité parentale pouvait susciter une réaction émotionnelle forte, qui favorisait l'adhésion.

Cette approche, culpabilisante, était utilisée pour confronter les parents à l'éventualité de conséquences irréversibles.

MG5 : « *Sachant qu'il existe un vaccin et que leur enfant avait une méningite B, et que vu le risque de séquelles, ils en porteraient la responsabilité toute leur vie... ça leur fait peur ouais.* »

4.2 Connaissance des parents de la maladie

4.2.1 Des parents globalement informés

Dans l'ensemble, les médecins notaient que les parents étaient de plus en plus informés sur les risques liés à la méningite, notamment grâce aux campagnes d'information et à la médiatisation de certains cas.

MG1: « *J'ai une patientèle assez au courant des risques de la méningite. Ils se renseignent déjà beaucoup de leur côté.* »

Cette démarche de recherche d'information de la part des parents s'expliquait en partie par la présence régulière de la méningite dans les médias, notamment lorsqu'elle survenait dans des contextes sensibles comme les milieux étudiants.

MG2 le confirme : « *Après on peut leur parler de méningite, ça leur parle quand même. Il y a des cas qui sont médiatisés, plutôt à la fac dans les soirées étudiantes. Alors ça, ça sort un peu plus dans la presse.* »

De même, MG3 soulignait l'impact de la publicité sanitaire : « *Les parents sont quand même un peu au courant. Il y a des pubs qui passent en ce moment donc souvent ils sont un peu au courant qu'il y a des méningites qui reviennent.* »

4.2.2 Une compréhension incomplète de la gravité et de l'urgence

Malgré cette visibilité médiatique, certains parents n'intégraient pas pleinement la notion d'urgence vitale associée à la méningite. Ils percevaient la maladie comme grave, mais pas nécessairement comme un danger immédiat.

MG2 précise : « *Ils n'ont pas toujours la notion de gravité d'urgence.* »

Cette incompréhension partielle pouvait nuire à la perception de la nécessité de vaccination rapide, d'autant plus que certains associaient encore la méningite à une maladie rare. Cependant il s'agissait d'une maladie qui entraînait de l'inquiétude chez

les parents. Cette inquiétude pouvant être un argument favorable à la réalisation de la vaccination.

MG1 constatait : « *Ça fait peur aux parents.* »

Cette réaction émotionnelle était donc un levier à la fois naturel et mobilisable dans l'échange médico-patient.

4.3 Perception de l'obligation vaccinale par les parents

4.3.1 L'obligation réduit les résistances

Plusieurs médecins notaient que l'obligation vaccinale modifiait positivement les comportements parentaux. Elle simplifiait les échanges en réduisant les discussions, les hésitations ou les négociations. Elle apportait un cadre sécurisant pour le médecin mais surtout pour les parents.

MG1 affirme : « *L'obligation vaccinale fait que les parents ne négocient plus.* »

MG2 va dans ce sens : « *Cela vient apporter un poids au niveau de la sécurité pour les patients ou même nous.* »

4.3.2 Une contrainte qui entraîne une adhésion par défaut

L'obligation permettait également de dépasser certaines résistances, notamment chez les parents indécis ou légèrement méfiants, qui finissaient par accepter la vaccination.

MG2 : « *La population qui est plutôt vaccinoseptique mais qui, de par les contraintes qu'on lui imposerait, va quand même passer le pas.* »

MG3 ajoutait que même les parents déjà favorables réagissaient positivement : « *Effectivement, ils suivent encore plus facilement, même s'ils le faisaient déjà avant, mais eux se posent moins de questions.* »

Cependant, il nuancait : « *Ils ne sont pas tous toujours au courant, mais ils ne savent pas toujours trop pourquoi on les vaccine.* »

4.4 Perception des recommandations vaccinales par les parents

4.4.1 Une ambivalence face à l'absence d'obligation

Certains parents percevaient une contradiction entre le discours médical alarmant sur la gravité de la méningite B et le fait que le vaccin n'était pas immédiatement obligatoire. Cette incohérence ressentie pouvait nourrir une forme de méfiance ou d'ambivalence.

MG2 résumait bien ce paradoxe : « *D'un côté on leur dit que c'est un truc grave, qu'il peut y avoir des séquelles, et d'un autre ce n'est pas obligatoire. C'était un peu contradictoire à ce niveau-là.* »

Ce qui était « recommandé » était parfois considéré comme moins important, voire inutile par les parents.

MG5 constatait : « *Quand c'est recommandé, ça met le doute. Quand c'est recommandé et non obligatoire, les gens vont faire que ce qui est obligatoire.* »

4.4.2 Le libre choix comme source de doute

Laisser aux parents la responsabilité de choisir, sans cadre strict, pouvait parfois renforcer leurs doutes et leurs hésitations. Également, cela pouvait être perçu comme un manque d'engagement clair des autorités sanitaires.

MG2: « *On laisse le choix aux gens, ça laisse place aux doutes.* »

Cette confusion soulignait l'importance de clarifier la communication des autorités sanitaires autour des recommandations vaccinales.

5 Rôle du médecin généraliste dans la vaccination contre la méningite B

5.1 Le rôle d'information du médecin généraliste dans la vaccination contre la méningite B

Le médecin généraliste (MG) jouait un rôle central dans la transmission d'informations aux parents concernant la vaccination de leurs enfants, notamment

contre la méningite B. Cette mission s'exerçait à travers une communication claire, simple et adaptée afin de répondre aux attentes des parents.

5.1.1 L'importance de l'explication pour favoriser l'adhésion

Les généralistes soulignaient que l'explication des risques liés à la méningite B – notamment les formes graves et les séquelles neurologiques – facilitait l'acceptation du vaccin.

MG1 notait par exemple : « *Quand on expliquait les risques de séquelles et de décès* », une information qui a un fort impact sur la décision des parents.

MG3 renchérissait sur l'efficacité de cette stratégie en indiquant que son discours fluide permettait une adhésion rapide : « *dans mon discours c'est assez fluide et les parents acceptent facilement* », « *je leur parle des conséquences de la méningite, qu'on peut avoir des séquelles motrices ect ou entraîner le décès de l'enfant* ».

MG4 : « *je dis à quoi il sert, qu'il prévient la méningite. J'explique que c'est une maladie grave, et potentiellement mortelle* »

Ainsi, l'information communiqué aux parents contribuait à accepter le vaccin (notamment quand il n'était pas obligatoire).

5.1.2 Avant l'obligation vaccinale : une proposition reposant sur le libre choix

Avant que le vaccin contre la méningite B ne soit obligatoire, les médecins étaient plus nuancés, respectant le choix parental tout en insistant sur l'intérêt médical.

MG2: « *Je la présentais comme non obligatoire et je laissais les parents décider* ».

MG5 : « *Avant, tu disais « il existe ceci pour la méningite B est ce que vous. Voulez le faire ? » là je leur laissais le choix* »

MG6 : « *il y a auparavant le vaccin conseillé mais pas obligatoire, je précisais toujours qu'il n'était pas obligatoire mais qu'il était conseillé et après mes explications, je n'ai jamais eu de refus* ».

Le MG6 argumentait auprès des parents dans le but d'améliorer l'acceptation en évoquant l'incidence, la gravité potentielle et la bonne tolérance du vaccin : « *Sinon auparavant quand ce n'était pas obligatoire je leur rappelai un peu les formes grave, la létalité et généralement ça suffit à convaincre les parents de faire la vaccination (...)*

Avant la vaccination, je parle de l'incidence, la gravité, la létalité, la difficulté à soigner alors que le vaccin est efficace et bien supporté »

Ce type d'approche montrait que la confiance dans la relation médecin-patient pouvait suffire à susciter une adhésion, sans recours à l'obligation.

De plus, la prise en charge financière du vaccin a eu un effet positif. En effet, le remboursement semble avoir levé un frein chez certains parents, traduisant le rôle non négligeable des facteurs socio-économiques dans les décisions vaccinales.

MG4 : « *À partir du moment où il a été remboursé, je l'ai proposé rapidement* ».

5.1.3 Stratégies d'argumentation et adaptation du discours

Pour convaincre, certains médecins avaient parfois recours à des arguments simplifiés ou approximatifs.

MG2 : « *Je donnais des chiffres un peu erronés, je disais un tiers, un tiers, un tiers* ». Si cette stratégie soulevait des questions éthiques, elle illustrait la difficulté du MG à concilier vérité scientifique et la vulgarisation scientifique afin que les parents acceptaient le vaccin. Cela pouvait témoigner d'une confiance des parents envers leur médecin généraliste.

Le discours est également porté sur la population concernée par les pics d'incidence de la méningite B et notamment les nourrissons.

MG2 : « *Je disais que la population de nourrissons était à risque, comme les jeunes adultes, que c'était le moment de vacciner, d'avoir des risques de séquelles* ».

En revanche, MG5 admettait une posture beaucoup plus directive : « *Avant vaccination, rien. C'est tout, faut vacciner. De toute façon c'est obligatoire maintenant donc tu le fais.* », ce qui témoignait d'une diversité d'approches au sein même du corps médical.

Enfin, certains généralistes estiment qu'un excès d'informations pouvait être contre-productif.

MG5 : « *donc voilà je trouve que c'est bien de faire une campagne mais voilà faut pas les marteler avec ça. Faut les informer, mais faut pas faire une campagne comme ils ont fait pour le covid « faut y aller, vaccin obligatoire » ;*

MG7 : *« Et puis nous on va commencer à expliquer toutes les maladies, ça va les rendre anxieux et après ils ne vont plus vouloir se faire vacciner. Je pense qu'il ne faut pas trop en dire, ça c'est la pratique. »*

Ces propos traduisaient un équilibre délicat entre transparence et anxiété des patients. D'où la nécessité d'adapter son discours à chaque patient et chaque parent.

5.1.4 Informations sur les effets secondaires : un discours nuancé

Les effets secondaires du Bexsero® sont bien connus des MG, qui s'efforçaient d'en parler sans inquiéter inutilement.

MG1 : *« les effets secondaires qui sont assez costaud avec le Bexsero® ... le risque de fièvre euhhh, la recrudescence de colique ou de reflux, les nuits qui peuvent être compliquées. Euhh enfin voilà que pendant 24-48 heures ».*

D'autres comme le MG4 relativisent : *« Douleurs pendant l'injection, fièvre, patraque... pas grand-chose de plus ».*

Le MG6 adoptait une posture adaptative : *« Il me pose des questions, je leur parle sinon je ne parle pas trop des effets indésirables, je n'en parle pas obligatoirement des effets indésirables ».*

Cela montrait une volonté d'adapter le niveau d'information aux attentes exprimées par les parents.

5.1.5 L'information intégrée dans le suivi du nourrisson

Le calendrier vaccinal était souvent présenté aux parents par les médecins généralistes. Parfois de manière anticipée, dès les premières consultations postnatales.

MG1 : *« je l'explique à la visite du deuxième mois qu'au 3^e mois faut faire le Bexsero®, pourquoi je le prescris et qu'on le fera au mois prochain ».*

Le MG4 évoquait les vaccins au fur et à mesure des consultations : *« Alors si, il y a l'examen, on explique surtout l'examen d'après, et on prévoit le calendrier vaccinal et tout ça. Mais à chaque fois, en fin de consultation, la consultation d'avant, j'explique ce qu'on va faire, la consultation d'après »*

Le MG3 détaillait le schéma vaccinal complet : *« soit les enfants que je vois régulièrement donc qu'on voit pour les vaccins, on parle très facilement des vaccins. »*

Donc même avant l'obligation, j'en parlais, je le notais sur le carnet, que je leur proposais et que maintenant on fait la méningite B, la 1ère dose qu'on pouvait faire à 3 mois, qu'il y aura 3 doses, je leur en parle dans le schéma vaccinal, qu'avant ce n'était pas obligatoire et que maintenant c'est obligatoire ».

Le MG5 était plus automatique dans sa pratique, *« par contre, il n'y a pas de sujet d'appel, c'est vraiment euhhh, le calendrier vaccinal clac clac, je leur prescris je suis le calendrier vaccinal »*

Cette anticipation favorisait la compréhension et la planification du parcours vaccinal par les parents.

Le suivi mensuel des nourrissons était une opportunité pédagogique.

MG6 : *« Si c'est des nourrissons, ça rentre dans le cadre de la surveillance mensuelle des 6 premiers mois, du coup quand je fais le programme vaccinal du 2^e mois, je leur explique que le 3^e mois (il y a le Bexsero®)».*

Même lors de consultations non programmées (angine, otite...), certains médecins saisisaient l'occasion pour faire le point des vaccins déjà effectués.

MG3 : *« S'il y a des gens que j'ai récupéré en cours de suivi, que je ne voyais et qu'ils viennent pour une otite ou une angine, souvent je demande à voir le carnet de santé, comme ça on regarde les vaccinations et voir où est ce qu'on en est et je leur en parle si cela n'a pas été fait. »*

5.1.6 Le rôle de réassurance et d'adaptation à l'ère des réseaux sociaux

Le médecin généraliste devait aussi faire face à des parents sceptiques ou influencés par des informations erronées, souvent véhiculées via les réseaux sociaux.

MG5 : *« Donc en tant que médecin tu peux le dire mais la campagne à grande échelle (il soupire). Des fois ça ne désert plus que ça ne sert. Surtout la génération des jeunes parents. La génération des réseaux sociaux ».*

MG4 insistait alors sur son rôle de réassurance, notamment vis-à-vis des vaccino-sceptiques, où la communication jouait un rôle essentiel : *« Certaines personnes ont du mal avec le vaccin, donc je leur parle aussi que c'est un vaccin qui est là depuis longtemps, pour lequel on a du recul, et tout ça ».*

Cette mission de contre-discours face aux fake news renforçait le rôle du médecin comme acteur clé et de première ligne de santé publique.

5.2 Le rôle d'éducation du médecin généraliste dans la vaccination contre la méningite B

Outre son rôle d'information, le médecin généraliste assumait une fonction éducative. Cela concernait à la fois la compréhension du calendrier vaccinal, l'anticipation des effets secondaires, ainsi que l'accompagnement post-vaccination. Cette éducation permettait aux parents d'acquérir une meilleure autonomie.

5.2.1 Anticiper les effets secondaires : éducation à la gestion des suites vaccinales

Plusieurs médecins insistaient sur la nécessité de préparer les parents aux effets indésirables post-vaccination, en particulier avec le Bexsero®.

Le MG1 recommandait une prophylaxie systématique : « *Doliprane, d'en donner de manière systématique pendant 24 heures* ».

D'autres, comme MG3, expliquaient plus en détail la temporalité des effets : « *Une fois que les enfants ont été vaccinés, je leur dis que ce vaccin-là, fait plus d'effet localement, comme une rougeur, on peut avoir un peu de température donc je leur propose de prendre un doliprane un peu près 6h après la vaccination car c'est là qu'on peut avoir les effets. Qu'il puisse avoir une poussée de température mais que ce n'est pas grave, le but c'est que l'enfant la tolère bien et qu'ils prennent du doliprane pour faire baisser la température, ça dure souvent 48h. il peut y avoir une petite douleur, ou une petite boule qui peut durer 7 jours* ».

Cette démarche éducative visait à dédramatiser les effets secondaires tout en éduquant les parents pour les prendre en charge.

MG7 : « *Je leur dis de prendre du Doliprane* »

MG5 relativisait : « *En général, bien supporté, pas trop de risque, un peu de Doliprane éventuellement après* ».

Ce discours, à la fois rassurant et pratique, permettait de renforcer l'acceptabilité du vaccin.

5.2.2 Clarifier le rôle du médecin dans le suivi vaccinal

Certains médecins soulignaient l'importance de leur rôle dans le suivi et l'éducation au calendrier vaccinal. MG3 indiquait que, bien que le suivi était souvent assuré par le médecin traitant, un travail en amont d'explication était indispensable : « *Après c'est au médecin traitant de faire mais en amont on peut faire un travail pour que les parents soient au courant* ». L'objectif était de rendre les parents acteurs du parcours vaccinal de leurs enfants.

De plus, en cas de doute post-vaccination, les médecins encourageaient les familles à reconsulter comme l'évoquait le MG5: « *Je leur dis que s'il chauffe, c'est autre chose donc faut reconsulter* », ce qui mettait en avant son rôle de réassurance et de disponibilité afin de ne pas passer à côté d'un autre diagnostic.

Le MG adoptait un rôle d'information du calendrier vaccinale, de sa temporalité, de ses éventuels effets secondaires et éduquait les parents à les prendre en charge, voir à reconsulter au moindre doute. Cela mettait en avant le rôle d'information et d'éducation du MG tout en étant à l'écoute de ses patients, afin d'avoir une relation de confiance la plus saine possible.

Cependant, malgré cet accompagnement individualisé, le cadre légal restait un point central dans l'acceptation de la vaccination. L'obligation vaccinale venait structurer la pratique du MG, pouvait faciliter l'adhésion mais soulevait quelques questions éthiques.

6 Le cadre légal : entre obligation vaccinale et effet de levier

L'obligation vaccinale permettait de structurer la pratique du MG et jouait un rôle dans l'acceptation à la réalisation de vaccin. Cependant, cela soulevait des questions éthiques et pratiques quant à sa réalisation.

6.1 Une obligation vaccinale facilitant l'adhésion

La plupart des médecins reconnaissaient que l'instauration d'une obligation avait permis une meilleure couverture vaccinale.

MG1: *« Ils sont obligatoires, les parents sont obligés de le faire pour que leurs enfants rentrent en collectivité »*. Cette obligation, en s'inscrivant dans le cadre de la vie scolaire ou collective, devenait un élément d'adhésion sociale plus que médicale.

De même, MG6 soulignait que certains enfants venaient rattraper leurs vaccins : *« il y a quand même des enfants qui viennent rattraper les vaccins quand ils doivent s'inscrire à l'école donc l'accès est refusé car les vaccins ne sont pas à jour »*.

6.2 Les limites de l'obligation et la question de la sanction

Si l'obligation était perçue comme un outil efficace, certains médecins soulevaient les limites de son application, notamment en l'absence de sanctions claires.

MG2: *« la question c'est quand on oblige quelque chose, euh ... s'ils ne font pas, faut une punition, une contrepartie »*.

Mais il soulignait aussi la difficulté d'appliquer cette contrainte chez les adolescents ou jeunes adultes : *« les 11-13 ans c'est quand même plus difficile et même jusqu'à 17-18 ans, même sans être dans l'illégalité ... euhhh, compliqué. S'ils veulent, derrière qu'est-ce qu'on fait ? on ne peut pas mettre une obligation si derrière tu ne peux pas contrôler ou tu ne peux pas les obliger »*.

Cela traduisait un dilemme éthique et pratique : obliger sans pouvoir contraindre réellement.

Ce débat mettait en lumière une ambivalence : l'obligation rassurerait certains parents, mais pourrait en braquer d'autres si elle était perçue comme autoritaire ou non justifiée. L'efficacité de cette stratégie dépendrait alors du contexte d'annonce, du discours médical associé, et du climat de confiance.

6.3 Obligation et effet d'information

Enfin, l'obligation avait aussi un effet positif, celui d'informer.

Le MG6 : *« Le fait qu'il y ait une obligation vaccinale à l'entrée à l'école, ça les informe. Ça leur permet ensuite de revenir vers nous »*.

L'obligation fonctionnait aussi comme point de départ d'un dialogue médical, ici sur le calendrier vaccinal obligatoire. Cette remarque soulignait que l'enjeu n'était pas

seulement de contraindre, mais d'ouvrir une opportunité éducative et relationnelle entre le médecin et la famille.

7 Perception de l'obligation vaccinale par le médecin généraliste

Le passage d'une vaccination facultative à une vaccination obligatoire constituait une transformation majeure dans la pratique vaccinale. Avant l'obligation, les consultations impliquaient souvent une communication plus poussée allant parfois jusqu'à la négociation avec les parents, ce qui pouvait complexifier l'acte vaccinal.

MG2 : « *La négociation (de la vaccination du Bexsero®) était beaucoup plus importante quand il n'y avait pas d'obligation.* »

L'instauration de l'obligation vaccinale était perçue par les MG comme un levier facilitateur. Elle allégeait la charge argumentative du professionnel de santé, renforçait la légitimité de sa prescription et favorisait l'adhésion des parents.

MG2 : « *C'est une grande aide* », « *avec l'obligation vaccinale, en fait, à partir du moment où il y a une obligation c'est plus simple pour le faire, pour le proposer et le faire accepter* », « *Bah là je négocie plus trop parce que maintenant c'est devenu une obligation.* »

La généralisation du vaccin par obligation permettait également de réduire les résistances parentales et permettait un gain de temps en consultations du fait de moins de questionnement de la part des parents, même si certains médecins tempéraient

MG5 : « *Oui, il y a moins de récalcitrants. Je dis "de toute façon c'est obligatoire", du coup c'est plus facile de le faire.* » (...) « *Donc ouais c'est un gain de temps.* »

MG6 : « *Il y a moins de demande. Je leur donne le programme vaccinal et c'est vrai que je leur donne moins d'explication.* »

MG4 : « *C'est pour le faire, oui, mais au moins je suis sûr de le faire... Alors qu'avant, il fallait peut-être essayer de négocier un petit peu. Donc, oui, ça aide, mais ce n'est pas non plus... Ce n'est pas mirobolant.* »

Dans ce contexte, l'obligation vaccinale s'imposait comme un outil pragmatique de rattrapage vaccinal, notamment chez les familles initialement réfractaires.

MG6 : « *L'obligation vaccinale ça a permis de solutionner les réfractaires aux vaccins. Ils sont rentrés dans le rang quand il y a eu l'obligation vaccinale.* »

Néanmoins, tous les praticiens ne percevaient pas un changement majeur dans leur pratique. Certains soulignaient que l'adhésion parentale était déjà forte, même sans obligation.

MG3 : « *Les gens me font facilement confiance et je n'ai pas eu à plus négocier que ça pour que les enfants soient vaccinés.* » (...) « *En tout cas dans ma patientèle, même avant que je m'installe, je n'ai pas eu de gens contre la vaccination, ça n'a trop rien changé.* »

MG6 : « *Ça n'a pas changé grand-chose dans ma pratique.* »

Dans certains cas, le médecin considérait déjà le vaccin comme relevant d'une quasi obligation, en s'appuyant sur les recommandations et non sur les obligations

MG7 : « *Non, parce que moi je considérai que c'était obligatoire, je leur disais « si s'il y a ça d'obligatoire ». Mes patients me font confiance donc euhhh, il n'y a pas de problème. Je n'ai vraiment pas de soucis* »

Enfin, un manque de clarté quant à la temporalité de l'obligation pour certains groupes de nourrissons créait des incertitudes, chez le MG, qui pouvaient impacter l'application du calendrier vaccinal.

MG4 : « *Ce n'est pas clair, je trouve, les textes au niveau de savoir depuis à partir de quand c'est obligatoire. Si c'est donné à partir de juillet 2024, ou si c'est donné à partir du 1er janvier 2025. L'obligation vaccinale, elle est devenue obligatoire depuis le 1er janvier. Oui, mais les nourrissons donnés à partir de quand ? Ce n'est pas clair* »

8 Autoformation du médecin généraliste

L'information médicale étant en constante évolution, les médecins généralistes manifestaient une volonté de s'autoformer pour actualiser leurs connaissances, en

particulier dans le domaine vaccinal où il y avait quelques modifications dernièrement. Cette formation prenait plusieurs formes, témoignant d'une diversité de sources mobilisées. Certains médecins s'appuyaient sur des abonnements à des revues professionnelles pour se tenir informés.

MG1 : *« Je suis abonné à une revue. »*

Les laboratoires pharmaceutiques et les autorités de santé jouaient également un rôle dans la diffusion des connaissances et la mise à jour des nouvelles recommandations.

MG3 : *« qu'on parlait de la recrudescence qu'on avait entendu avec les, euhh sur les informations, genre avec la sécu qui en avait parlait, j'avais des gens de labo qui venaient parler des vaccinations. »*

Les professionnels ajustaient leur pratique en fonction des évolutions épidémiologiques et des données scientifiques récentes.

MG7 : *« J'avais vu des articles qui montraient que la méningite C, ça diminuait au profit de la méningite B. »*

La recherche proactive d'information faisait aussi partie de l'éthique professionnelle revendiquée.

MG1 : *« C'est à nous aussi d'aller chercher les informations assez régulièrement. »*

Des plateformes spécialisées telles qu'Infovac étaient utilisées pour consulter les schémas de rattrapage.

MG2 : *« Je regarde sur infovac, les schémas de rattrapage du BEXSERO®, je crois qu'il faut faire une première dose à MO puis un rappel à M2 et je crois qu'il y en a un à M6».*

L'échange entre confrères constituait une autre source de formation continue.

MG1 : *« Après entre confrères, on parle beaucoup des changements, des modifications. »*

MG4 : « *J'ai vu un pédiatre qui faisait ça aussi et je me suis dit que je ne faisais pas de bêtise de faire comme ça.* »

Cependant, certains MG exprimaient encore des incertitudes, notamment en ce qui concerne la vaccination chez les adolescents.

MG2 : « *J'attends les nouvelles recos. Mais je crois que oui qu'il y en a un à faire mais le méningo B ou la totalité ? faut que je travaille mon calendrier vaccinal encore (il sourit)* »

9 La vaccination contre la méningite B : en pratique

9.1 Le rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de moins de 2 ans

Le rattrapage vaccinal contre la méningite B constitue une dimension importante de la pratique des médecins généralistes (MG), particulièrement chez les enfants de moins de 2 ans. Quatre médecins rapportaient appliquer le schéma vaccinal recommandé même en cas de décalage par rapport au calendrier initial.

MG1 : « *Bah jusqu'à 24 mois, on peut le faire (...) je me cale sur le même schéma en 2 doses et 1 rappel.* »

MG6 : « *Ça m'est rarement arrivé car les nourrissons que je suis sont déjà vaccinés mais si l'occasion se présentait, je le ferais, oui.* »

Ce protocole est également adopté par MG7, qui illustre l'ajustement progressif de sa pratique en fonction des mises à jour des recommandations :

MG7 : « *Si ça a dépassé, je fais le même schéma, je mets toujours 2 mois entre la 1^{re} et la 2^e dose, et puis après, avant je pensais que c'était 1 an entre la 2^e et la 3^e dose, mais en fait je me suis aperçu que c'était plus court donc maintenant je laisse 6 mois.* »

Pour optimiser les consultations et éviter les retours multiples, certains MG essayaient d'aligner le BEXSERO® sur d'autres vaccins.

MG3 : « *Si ça colle avec un autre vaccin, j'essaye de le faire corrélér. Sinon, je décale avec le même schéma. »*

MG6 : « *Ça dépend des situations. Si je peux le faire en même temps, je le fais... sinon je le fais en dehors de ces dates (3-5 et 12 mois). »*

MG1 : « *Autant le faire en même temps, de toute façon on peut le faire en même temps que d'autres vaccins, ça évite à l'enfant de revenir pour des piqûres. »*

Certaines périodes du calendrier vaccinal, comme entre 6 et 11 mois ou entre 12 et 18 mois, sont perçues comme des opportunités pour le rattrapage, car il n'y a pas de doses prévues à ces dates sur le calendrier vaccinal.

MG5 : « *Je le fais en décaler. C'est-à-dire que dans le schéma, tu as quand même un trou entre 6 et 11 mois donc tu n'as rien... je le rattrape à ce moment-là. Sinon, je le rattrape entre 12 et 18 mois. »*

Cependant, un MG reconnaît ne pas proposer le rattrapage de manière systématique aux enfants de plus d'un an, notamment en raison d'un moindre contact avec cette tranche d'âge et la décision de rattraper la vaccination chez les enfants de plus d'un an relevait souvent d'une initiative parentale, avant l'obligation.

MG2 : « *Je ne le proposais pas systématiquement (aux plus de 1 an), si les parents en parlaient, je leur disais que "oui pas de souci". » (...) « Les plus âgés, plus d'un an, ils étaient un peu sortis de tout ça, je ne le faisais pas. Je le proposais aux nourrissons mais si l'enfant avait 18 mois... je ne le proposais pas systématiquement. » (...) « C'est-à-dire que la 1^{re} et 2^e année, tu les vois un peu moins, sauf au rappel ROR. »*

Enfin, certains MG ne rattrapaient pas la vaccination au-delà de 12 mois si l'enfant avait déjà refusé le vaccin plus tôt.

MG4 : « *Non. Sauf si je les vois à ce moment-là. Mais en fait, ceux de plus de 12 mois, je les ai déjà vus avant, donc ils m'ont déjà dit non.* »

9.2 Le rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de plus de 24 mois

Chez les enfants de plus de deux ans, la question du rattrapage vaccinal est plus complexe. Certains MG maintenaient une pratique de vaccination ciblée sur les groupes à risque, notamment en raison de l'épidémiologie et de la gravité de la maladie.

MG3 : « *Je le fais si cela n'a pas été fait, sous forme de 2 doses du coup (...) j'essaye de viser les enfants ou les adultes jeunes pour cette vaccination-là, c'est quand même eux qui sont les plus touchés.* »

MG5 : « *Oui, pour protéger contre la méningite B. Vaccin égale protection. C'est quand même une pathologie grave... c'est quand même chaud.* »

Quatre médecins considéraient également la possibilité d'adapter leur pratique aux pics épidémiologiques de l'adolescence ou de la petite enfance. Ils exprimaient des réserves après l'âge de 2 ans en raison d'une baisse de l'incidence après cet âge. De plus, le non remboursement après 2 ans, constituaient un frein à la vaccination contre la méningite B après 2 ans

MG4 : « *c'était soit plus tard pour le pic de l'adolescence. Mais étant donné que c'est un vaccin qui n'avait pas une couverture très longue, ça n'avait pas trop d'intérêt. En tout cas, c'était aux alentours de 5 ans qu'on me l'avait demandé. Et donc j'avais dit, non, en dehors du remboursement, ça n'a pas trop d'intérêt ... En tout cas, je fais mes rappels pour ACWY. Ça, j'y pense bien pour les 11 ans. Mais la B, non. La B, avant... Après, ils ont rendu le remboursement officiel il y a deux semaines pour les jeunes adultes* »

MG7 : « *On peut éventuellement faire après pour protéger les jeunes adultes.* » (...) « *Non, parce que je pense que l'incidence, j'avais regardé que l'incidence de la méningite B, elle diminuait après 2 ans donc ça n'avait plus trop d'intérêt de la faire* »

MG6 : « *Non, parce qu'il n'y a pas de recommandations au-delà de 2 ans et je pense qu'il n'est remboursé au-delà de 2 ans. En même temps au niveau épidémiologique, au-delà de 2 ans le rattrapage n'est pas conseillé.* »

MG4 : « *J'avais regardé un petit peu les recommandations. Et donc c'était pour ça que ce n'était pas remboursé pendant les plus de... Je crois que j'avais un peu appris le remboursement pendant ces deux ans. Parce que justement, on était en dehors du pic crèche qui augmente les risques de méningites.* »

Ces discours témoignent d'une tension entre la volonté de protéger les individus exposés et les limites pratiques de la vaccination hors cadre recommandé. Le non remboursement après 2 ans, évoqué par les médecins, et la baisse de l'incidence de la maladie sont des freins à la vaccination après l'âge de 2 ans chez le sujet jeunes (avant l'adolescence).

9.3 Adaptation de la pratique vaccinale au calendrier

La gestion pratique du calendrier vaccinal constitue un enjeu organisationnel pour les MG. L'une des préoccupations majeures concernait le nombre d'injections réalisables lors d'une même consultation, notamment à l'âge de 12 mois.

Six médecins s'accordaient à dire qu'ils évitaient de faire trois vaccins le même jour, afin de limiter l'inconfort pour l'enfant et les effets secondaires potentiels.

MG1 : « *À 12 mois je fais le ROR et le NIMENRIX® et à 13 mois je fais le BEXSERO®. Parce que, le ROR peut donner de la fièvre et le BEXSERO® aussi. 3 injections ça fait beaucoup.* »

MG2 : « *À 12 mois, je ne fais que 2 injections, je fais PRIORIX® et NIMENRIX®. Le BEXSERO®, je le décale d'un mois.* »

MG3 : « *Non, non, à 12 mois je ne fais que 2 doses... et le BEXSERO® je le fais le mois suivant. Je n'aime pas faire 3 injections le même jour.* »

MG6 : « *Non je ne fais pas 3 vaccins le même jour, je décale souvent le BEXSERO® à 13 mois.* »

Cette répartition entre 12 et 13 mois est souvent organisée de manière interchangeable selon les vaccins.

MG7 : « *Je n'aime pas faire 3 vaccins le même jour, j'en décale un à 13 mois. Souvent je fais le PRIORIX® et soit le NIMENRIX®, soit le BEXSERO® à 12, et à 13 soit le BEXSERO® ou le NIMENRIX®.* ».

Certains médecins anticipaient même ce problème dès les premières injections, en répartissant les doses dans le temps, quitte à ne pas suivre strictement les recommandations officielles. Il expliquait réaliser le vaccin contre la méningite B à 3-6 (en même temps que le vaccin contre la méningite ACWY) et à 16-18 mois (en même temps que le vaccin contre le ROR)

MG4 : « *Je fais pas du tout les recommandations là-dessus. Parce que je trouve ça chiant. Enfin après, 3 à 6, je fais. 5, ça dépend. Parce qu'avec le NIMENRIX®, je demande aux parents s'ils préfèrent le faire associer au NIMENRIX® en une seule consultation ... Et pour le 12, je ne le fais pas, parce que j'en fais que 2 à la fois. Je suis retissant à faire 3. Je trouve ça beaucoup. Et donc je le fais en même temps que le deuxième ROR ... Et comme ça, celle des 16 à 18, j'en fais 2 au lieu d'en faire que 1* ».

Toutefois, certains praticiens adaptaient leur pratique à la demande parentale. MG5 : « *Ouais, ça dépend. Des fois je fais les trois en même temps, des fois j'en décale à 13 mois... Ça dépend aussi des parents, s'ils acceptent que leur enfant ait 3 vaccins le même jour... ce n'est pas fréquent.* »

Ces ajustements montrent une volonté constante des MG de concilier contraintes médicales, recommandations officielles, confort de l'enfant et attentes parentales.

10 Perception du calendrier vaccinal par le médecin généraliste (MG) et ses limites

10.1 Le calendrier vaccinal vu par le MG

10.1.1 Un calendrier perçu comme chargé mais utile

Plusieurs médecins interrogés exprimaient le souhait d'une simplification du calendrier vaccinal. Cette volonté se justifie par une logique d'efficacité et d'adhésion.

Pour le MG2, cette simplification permettrait non seulement de faciliter la tâche du professionnel, mais aussi de renforcer l'adhésion des familles : « *Je pense qu'on devrait simplifier le plus possible les vaccins* », précise-t-il.

Cette simplification passerait notamment par un regroupement des vaccins comme le précisait le MG2 « *Je pense qu'il faut simplifier, tout mettre dans le même, plus on peut en mettre mieux c'est* », en particulier lorsqu'il s'agit des différentes souches de méningocoques comme l'évoque le MG2 « *Je pense particulièrement aux méningo B, méningo ACWY ... je pense que ça peut être la chose à améliorer* ».

Au-delà du praticien, la simplification bénéficierait également à la communication avec les familles. MG2 insistait : « *C'est le message global qu'on envoie, l'adhésion, ça simplifie aussi chez les praticiens* », il ajoute : « *Je pense qu'il faut essayer de regrouper, c'est plus simple pour tout le monde et souvent quand on gagne en simplicité, on gagne des adhérents.* »

Cette idée est également partagée par MG4, qui évoquait une perspective plus technique :

« *Ça serait compliqué à mettre en place. Ou bien une perf un jour qui soit avec tous les vaccins pour une plus grosse période donnée. Je ne sais pas, c'est de la recherche après* ».

10.1.2 Une temporalité jugée adaptée, facilitant le suivi pédiatrique

Malgré cette perception d'un nombre élevé d'injections, plusieurs médecins soulignaient que le calendrier vaccinal actuel permet un suivi régulier du nourrisson, en particulier au cours de la première année. MG3 déclarait ainsi : « *Je trouve le calendrier pas trop mal, parce que ça nous permet de voir régulièrement le patient, presque tous les mois jusqu'au 1 an, ce qui permet de faire un suivi du patient.* », « *il ne me dérange pas et ça nous permet de voir tous les patients régulièrement pour faire les vaccins comme ça on a un bon suivi jusqu'au 1 an du bébé.* »

Cette opinion est partagée par MG5, qui considérait que la fréquence des rendez-vous permettait de centraliser les soins. De plus, le fait de concentrer les vaccinations sur cette période était perçu comme cohérent avec le rythme des consultations pédiatriques habituelles : « *Non, très bien comme ça. C'est bien que ça soit concentré la première année parce que c'est la période où tu vois les enfants tous les mois. En général, je les vois tous les mois jusqu'à 12 mois (...). Jusqu'à 12 mois,*

les gens ont l'habitude de venir, pour la diversification, pour le truc. Donc le fait que ça soit regroupé à ce moment-là, au moins tu peux tout faire passer »

10.1.3 Une charge vaccinale importante, générant une certaine adaptation des pratiques

Néanmoins, certains MG soulignaient la lourdeur du calendrier vaccinal en termes de nombre d'injections, notamment la première année. MG3 : *« Alors, on fait beaucoup de pique c'est vrai jusque ses 1 an mais qui sont indispensables »* MG7 émet une réserve similaire : *« Après ça fait beaucoup de vaccin. Mais bon, c'est tout, c'est comme ça. Mais oui je pense que c'est une bonne chose »*

Et MG6 complète : *« À 12 mois, il y a beaucoup de vaccin. Le ROR, le BEXSERO® et le NIMENRIX®, ça fait beaucoup. On peut faire les 3 le même jour mais ça fait beaucoup. »*

Cette accumulation d'injections amenait certains MG à ajuster leur pratique. Ainsi, MG4 expliquait qu'il appliquait un schéma vaccinal personnalisé pour la méningite B. Il vaccine contre la méningite B à 3, 6 et 16/18 mois pour éviter d'effectuer 3 injections en une seule consultation : *« Je fais pas du tout les recommandations là-dessus. Parce que je trouve ça chiant. Enfin après, 3 à 6, je fais. 5, ça dépend. Parce qu'avec le NIMENRIX®, je demande aux parents s'ils préfèrent le faire associer au NIMENRIX® en une seule consultation ... Et pour le 12, je ne le fais pas, parce que j'en fais que 2 à la fois. Je suis retissant à faire 3. Je trouve ça beaucoup. Et donc je le fais en même temps que le deuxième ROR ... Et comme ça, celle des 16 à 18, j'en fais 2 au lieu d'en faire que 1»*

Il précisait ainsi espacer les injections : *« Avec mon schéma, c'est beaucoup mieux, je trouve... Parce qu'on pique beaucoup. Après, les gamins, ils sont traumatisés. »*

10.2 Le poids du lobbying médical perçu comme un frein à la simplification vaccinale

10.2.1 L'industrie pharmaceutique perçue comme un acteur influent dans l'organisation vaccinale

Dans leurs propos, plusieurs MG pointaient la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques dans la complexité actuelle du calendrier vaccinal. MG2 évoquait

des tensions interindustrielles et évoquait une influence économique non négligeable : *« Alors je sais qu'il y a des bisbilles entre les laboratoires parce que je pense que ce n'est pas le même laboratoire entre le méningo C et le méningo B. », « Problème de gros sous derrière. »*

Cette suspicion à l'égard des intentions industrielles se retrouve également chez MG7, qui questionnait l'absence de regroupement vaccinal sous un angle financier : *« Si c'est séparé, c'est que soit ce n'est pas possible soit il y a un aspect financier des laboratoires, probablement. »*

10.2.2 Des obstacles techniques et scientifiques à une injection unique ?

Certains MG évoquaient aussi les limites actuelles de la recherche en matière de regroupement vaccinal. Pour MG3, regrouper l'ensemble des vaccins dans une seule injection n'était pas encore faisable : *« Je ne pense pas qu'on puisse regrouper tous les vaccins dans un seul... Peut-être que dans un futur cela sera possible »*

Cette observation montre que les professionnels perçoivent les contraintes à la fois techniques, scientifiques et industrielles comme des freins à l'évolution vers un calendrier vaccinal simplifié et intégré. Néanmoins, tous reconnaissaient qu'une telle évolution permettrait de faciliter l'adhésion parentale, d'alléger la charge vaccinale sur les nourrissons et de rendre l'acte vaccinal plus acceptable dans sa globalité.

11 Perception de l'élargissement du calendrier vaccinal par le médecin généraliste : ouverture vers d'autres vaccins

La perception des médecins généralistes (MG) à l'égard de l'élargissement du calendrier vaccinal, notamment avec l'introduction ou la généralisation des vaccins contre les différents sérogroupes de méningocoques (A, B, C, W, Y), le VRS (virus respiratoire syncytial) ou encore le HPV (Gardasil®), était globalement favorable. Leur adhésion reposait principalement sur la gravité des maladies concernées, sur l'évolution épidémiologique, et sur un enjeu de santé publique. Néanmoins, certains

freins ou incertitudes persistaient, notamment en ce qui concerne la protection contre le VRS.

11.1 Une conscience aiguë de la gravité des méningites, moteur d'adhésion à la vaccination

Le consensus parmi les médecins interrogés était unanime sur un point : la méningite est perçue comme une pathologie grave, potentiellement létale, justifiant pleinement l'introduction de vaccins spécifiques.

MG1 le résumait clairement : « *C'est tellement grave qu'effectivement un vaccin contre, euhh, ces maladies mortelles* ».

La menace létale et les séquelles lourdes laissées par cette maladie alimentent une vision très protectionniste de la vaccination. MG5 : « *Oui, toutes les vaccinations sont pertinentes. Il y a suffisamment de maladies qu'on ne peut pas éviter pour qu'on meurt d'une maladie qu'on peut éviter.* »

Dans cette optique, la vaccination devient une démarche médicale, mais également éthique, destinée à préserver la vie dès lors qu'un outil préventif existe.

11.2 Un soutien marqué à l'élargissement de la vaccination contre les sérogroupes ACWY et B

La majorité des MG interrogés exprimaient une adhésion claire à l'extension de la vaccination aux sérogroupes A, W et Y, en plus du C déjà inclus dans les obligations vaccinales. Pour MG2 : « *Plus on vaccine, mieux c'est* », et il ajoutait : « *Je suis toujours très favorable aux obligations vaccinales* ».

Cette extension était jugée pertinente au regard de l'évolution de l'épidémiologie, comme l'expliquait le MG1 : « *Le pourcentage de méningites avec ces sérogroupes. Effectivement, le séro groupe C, ce n'était pas suffisant* ».

MG3, dans une perspective de santé publique, soulignait : « *Je trouve ça bien de le faire, parce que vu le l'impact de ces maladies-là, pour moi c'est important de le faire. Ils ont vu que ça remontait donc c'est important de le faire, parce que c'est une maladie grave* »

Le lien entre épidémiologie et décisions de politique vaccinale était donc perçu comme rationnel et justifié, comme en témoigne les propos du MG5 : *« Très favorable, plus on vaccine mieux c'est. Toujours pareil, en fonction de l'épidémiologie et de la gravité de la maladie. »*

Par ailleurs, la vaccination contre la méningite B était intégrée au même titre que les autres souches dans cette dynamique d'élargissement. MG7, bien qu'évoquant les séquelles, concluait : *« oui ... Après il y a les séquelles mais au final, je pense que c'est une bonne chose »*, tandis que MG6 renforçait cette position : *« C'est bien. Je rattrape même les adolescents avec le ACWY (...) Toujours pareil, la gravité de la maladie »*.

Enfin, MG4 rappelait l'enjeu majeur de la vaccination : *« C'est très bien. Parce que c'est un vaccin, c'est de sauver des vies. Donc là, on a des vaccins qui peuvent sauver des vies. Donc autant les rendre obligatoire pour permettre aux patients, aux parents sceptiques de le faire quand même pour leurs enfants et de sauver des vies »*.

11.3 Une ouverture vigilante face à la vaccination contre le VRS et la bronchiolite

À côté des vaccinations plus anciennes, les MG évoquaient l'arrivée de nouveaux « vaccins » comme celui contre le VRS, responsable de la bronchiolite. Si leur intention générale était favorable, leur position se teintait de prudence et de demandes de clarification. De plus, ils estimaient le calendrier plutôt adapté, permettant un suivi lors des premiers mois de vie.

MG1 se réjouissait de l'ajout de cette « vaccination » dès la naissance *« oui déjà pas mal de vaccin, plus celui contre la bronchiolite qui se rajoute à la naissance. Après c'est bien, c'est quand même assez espacé. Non là, je ne vois pas d'amélioration à apporter. »*.

Cependant, MG3 exprimait des attentes en matière de preuves d'efficacité : *« Pour la bronchiolite, je trouve ça bien sur le papier si ça a un impact autant escompté après faudrait voir au niveau des chiffres, des études. Mais ça si on pouvait le faire à tous les enfants pour éviter toutes les complications de bronchio ect, je pense que lui, si au niveau efficacité et tolérance, si c'est prouvé que c'est bien, on peut le rendre obligatoire »*.

MG7 restait interrogatif, notamment sur les périodes de vaccination et la population cible : *« la bronchio, alors ça normalement ils sont vaccinés en hiver, la femme enceinte est vaccinée mais après pour l'été il y a un vaccin qui est recommandé Ouais le VRS pourquoi pas, après obligatoire (il se questionne) ... oui je ne sais pas, le nombre d'hospit, chez les personnes âgées il y a des infections à VRS »*

MG4, quant à lui, envisageait positivement la rendre obligatoire, tout en intégrant aussi la question du rotavirus : *« Le VRS qui n'est pas obligatoire, il me semble. Le Rota. Et puis, c'est à peu près tout chez le nourrisson. Pourquoi pas »*

11.4 Des difficultés organisationnelles et une mise en œuvre encore floue

Malgré la volonté de bien faire, plusieurs MG dénonçaient des manques en matière de coordination et de logistique autour de la « vaccination » VRS.

MG5 déplorait : *« L'histoire de la bronchiolite, ça serait bien que ça soit fait dans les règles, parce que là, il y a un peu un flou artistique sur la distribution des doses, ils l'ont fait, ils ne l'ont pas fait, on ne sait pas. A la maternité, il n'en avait plus ou ils en ont, bon ... donc ça on ne sait pas trop où ils en sont du point de vue vaccinale là-dessus. Donc la bronchiolite, ça pourrait rentrer dans le domaine de compétences, ça pourrait être bien (...) Au début ce qui est prévue il devait faire une dose à la maternité mais pas sûr à l'examen du 7^e jour mais ... c'est fait à la maternité mais du coup on ne sait pas si c'est fait ou pas »*

Ces incertitudes logistiques ont découragé certains praticiens, comme MG4 : *« C'était un grand couac au tout début. Parce qu'on a su qu'on pouvait le faire et qu'on était motivé à le faire. Il n'y avait pas de stock. Il n'y avait pas de stock. C'était que pour les hospitaliers. Et après, j'ai un peu baissé le bras là-dessus »*

L'effort à fournir pour aller chercher les patients, associé à une distribution inconstante des doses (MG6), renforce ce sentiment de flou autour d'une vaccination pourtant perçue comme prometteuse : *« Il faut aller chercher les patients, c'est ça qui est compliqué ... Les doses, cette année ça été, il n'y a pas eu de soucis mais c'est vrai que l'année précédente, j'en avais fait qu'un »*

11.5 Un regard suspendu quant à l'efficacité réelle du vaccin contre le VRS

Un MG remettait également en question l'impact observable de cette vaccination, à la lumière d'un hiver clément. MG5 relativisait la baisse des cas : *« J'ai vu moins de bronchio cet hiver, mais l'hiver était moins froid donc c'est comme les laryngites par temps de brouillard, on n'en a vu peu. Parce qu'on a eu peu de froid et peu de brouillard. Je ne pense pas que ça soit le vaccin, après c'est possible aussi. Après cet hiver, je pense qu'on ne peut pas juger parce qu'on n'a vraiment pas eu un hiver froid. On a eu un hiver automnal mais pas un hiver froid. »*

Cependant le MG1 déclarait avoir constaté moins de bronchiolite depuis l'instauration de la protection contre le VRS : *« de ma propre expérience, ça a quand même bien diminué le nombre de forme grave »*

Des propos qui vont écho au discours du MG6 : « J'ai l'impression que j'en ai vu moins cette année. Les chiffres ont l'air bon dans les réanimations pour les hospitalisations pour bronchiolite. »

MG4, de son côté, notait l'absence de retour objectif : *« Je n'ai aucun retour en fait. Je ne sais absolument pas si ça diminue vraiment les hospitalisations et les réanimations des nourrissons. Après, je ne me suis pas renseigné en plus. »*

Cette attente de preuves tangibles vient nuancer une volonté pourtant présente de rendre la vaccination VRS plus systématique. Une évaluation plus approfondie des retombées épidémiologiques semble donc nécessaire pour asseoir une future recommandation obligatoire.

11.6 Une ouverture à d'autre vaccination obligatoire : Gardasil

Enfin, certains médecins envisageaient l'intégration d'autre vaccin dans les obligations. MG2 évoquait sans réserve : *« Avant le passage au lycée, on demande une vaccination par exemple euhhh ... rappel méningo + le gardasil 2 fois, ça on pourrait tout à fait. Je serais plutôt favorable »*

Ce soutien reflète une logique globale : plus la maladie est grave et évitable, plus la vaccination devrait être systématique, quitte à en passer par l'obligation.

En résumé, les MG interrogés se montraient globalement favorables à l'élargissement du calendrier vaccinal, qu'il s'agisse des souches de méningocoques ACWY et B, ou d'autres pathologies comme la bronchiolite. Cette position était fortement ancrée dans une vision de prévention primaire mais sous réserve de preuve, une meilleure organisation logistique, et un discours institutionnel plus clair pour éviter les doutes et le découragement. Cela montre le rôle central du MG qui s'adapte entre les recommandations et la réalité du terrain.

12 . Connaissance et perception des parents du calendrier vaccinal

12.1 Connaissances des parents du calendrier vaccinal

La compréhension du calendrier vaccinal par les parents constitue un enjeu central dans l'adhésion aux recommandations vaccinales, notamment lorsqu'il s'agit d'introduire des vaccins non obligatoires comme celui contre la méningite B (obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2025). L'analyse des entretiens avec les médecins généralistes révèle une contradiction entre une familiarité avec les échéances vaccinales et une méconnaissance fréquente des maladies ciblées.

12.1.1 Une connaissance générale portée par le suivi médical et les outils de santé

Selon plusieurs médecins, les parents bénéficiaient d'un accompagnement régulier qui les familiarisait avec le calendrier vaccinal. Ce suivi était renforcé dès les premiers jours de vie de l'enfant, dans le cadre des consultations pédiatriques mensuelles. Comme l'expliquait le MG2 : *« On les voit tous les mois dès le bas âge, les parents savent qu'il y a un calendrier vaccinal. »*

Cette régularité permettait une certaine structuration des connaissances autour des âges clés de vaccination. Par ailleurs, le carnet de santé joue un rôle central dans la transmission de ces informations. MG3 soulignait ainsi que : *« Ils ont le petit carnet dans le carnet de santé, ils ont la petite feuille, comme ça ils voient qu'il y en a beaucoup »*. L'insistance sur le *beaucoup* traduit toutefois une perception quantitative, parfois impressionnante, plutôt qu'une compréhension qualitative du contenu vaccinal.

De manière similaire, MG7 renforçait cette idée en rappelant que : « *Ils ont le carnet de santé avec la feuille du calendrier vaccinal pour dire quand est-ce qu'ils doivent faire les vaccins. »* ».

Enfin, certains professionnels estimaient que la notion d'obligation vaccinale du vaccin contre la méningite B était aujourd'hui bien intégrée par les parents. Comme l'indiquait le MG6 : « *Maintenant ils sont au courant que c'est obligatoire. »* »

12.1.2 Une méconnaissance du contenu pathologique du calendrier vaccinal

Malgré cette familiarité avec les rythmes vaccinaux, les médecins interrogés constatent une méconnaissance importante des vaccins, notamment contre quelle pathologie concerne les vaccins. En d'autres termes, les parents savent *quand* vacciner, mais rarement *contre quoi*. MG2 interroge à ce titre : « *Est-ce que les parents connaissent les 8 pathologies qui sont dans le premier vaccin ? La réponse est non. »* »

MG3 : « *Ils ne sont pas toujours informés, dans le sens où ils ne savent pas quelle maladie on vaccine, à 2 mois, 3 mois, pourquoi on les pique. »* »

Un des facteurs contributifs évoqués était l'insuffisance d'information transmise à la maternité. Pour MG3, « *À la maternité ils n'en parlent pas du tout, à part les vaccins là, pour le VRS. Mais sinon c'est vrai qu'ils ne parlaient pas de tous les vaccins qu'ils y avaient, ou alors ils disaient « aller voir votre médecin traitant pour les vaccins »* ».

Ce manque d'information initiale compromet potentiellement la compréhension globale du parcours vaccinal.

De surcroît, même lorsque l'information était disponible, elle n'était pas systématiquement lue ni comprise. MG3 l'illustre : « *Même si, indirectement, elle est dans le carnet, ils ne pensent pas à regarder dans le carnet. Même s'ils regardent, ils voient qu'il y a en beaucoup mais ils ne savent pas réellement quelle maladie, quel vaccin sera pour telle ou telle maladie »* »

12.1.3 Une posture passive face à l'information vaccinale

Un autre point soulevé concernait le peu d'initiative personnelle des parents dans la recherche d'informations médicales, notamment sur les

vaccins. MG7 déclarait à ce sujet : *« Ils ne sont pas du tout informés des obligations vaccinales de leurs enfants ».* *« Ils ne cherchent pas d'informations par eux-mêmes. »*

Ce constat interroge sur le rôle du médecin généraliste comme seule source d'information, créant un déséquilibre dans la relation éducative autour de la vaccination. Mais cela traduit également une confiance envers leur MG.

12.1.4 La proposition d'outils pédagogiques pour améliorer la compréhension

Face à une certaine méconnaissance des parents, trois médecins proposaient la création d'une fiche information, qui pourraient être remis à la naissance ou lors du suivi médical. MG3 suggérait ainsi : *« Ils ne sont pas trop au courant de tous les vaccins ou leur proposer je ne sais pas une petite fiche à la sortie de maternité sur toutes ces maladies-là qui sont obligatoires pour la vaccination, c'est vrai qu'ils peuvent regarder et comme ça quand ils lisent cette information, ils ont peut-être des questions sur telle ou telle maladie »*

Cette initiative était déjà mise en œuvre par un des praticiens. MG4 partageait son expérience : *« Non ... J'ai fait plein de choses dans mon cabinet. Je m'étais fait des petites plaquettes que je donnais aux parents dès que leurs nourrissons étaient nés, avec tous les vaccins qui existent, tous les vaccins qui étaient obligatoires, avec à quoi ils servaient, avec les âges et tout ça, ils protégeaient contre quelle pathologie et ils protégeaient contre quel agent »*

MG7 va dans le même sens en précisant : *« On pourrait donner une fiche d'information à la maternité. Ils ne connaissent pas forcément les maladies pour lesquelles on les vaccine. »*

Cette approche pourrait faciliter l'acceptabilité des vaccins non obligatoires, en améliorant la compréhension du risque infectieux.

12.2 Perception de la vaccination en général par les parents

Après avoir exploré le niveau de connaissance des parents sur le calendrier vaccinal, il est essentiel de s'intéresser à la perception plus générale de la vaccination. Leur perception est variable, avec une majorité ayant une opinion plutôt favorable, plus

ou moins influencé par les médias ou les réseaux sociaux et une part jugée minoritaire plutôt septique

12.2.1 Une perception globalement positive

La majorité des médecins évoquaient une attitude favorable des parents envers la vaccination. MG6 affirmait : « *Ils sont assez conscients de la nécessité de se vacciner, de se protéger* ». Cette conscience semble s'appuyer sur une reconnaissance des bienfaits préventifs des vaccins et sur la crainte des maladies infectieuses graves.

12.2.2 Un scepticisme minoritaire, mais présent dans toutes les catégories sociales

Malgré cette tendance dominante, certains professionnels rapportaient des situations de vaccinosepticisme, touchant tous les milieux sociaux, mais qui reste minoritaire. MG2 note : « *On se heurte à certains parents, tous niveaux sociaux confondus, un peu vaccinoseptiques, même un peu plus dans la population un peu plus aisée.* ». « *Une part de la population qui va être contre ça, plutôt une faible part, ou du moins méfiante vis-à-vis de ça.* »

12.2.3 L'héritage des controverses vaccinales

La réticence à la vaccination peut aussi être reliée à des polémiques passées, encore présentes dans les pensées de certains parents. MG2 citait l'exemple du vaccin contre l'hépatite B : « *Il y a déjà eu la problématique avec l'hépatite B (...) donc on est sur une partie de la population où ça va être compliqué à vacciner.* »

12.2.4 L'impact majeur des réseaux sociaux

Les réseaux sociaux sont largement décrits comme une source de désinformation anxiogène pour les jeunes parents, qui est une population connectée et particulièrement présente sur les réseaux sociaux.

MG5 mettait en garde : « *Toi en tant que médecin, tu peux donner l'info mais ce qu'il ne faut pas c'est qu'il est une campagne d'état. Si il y a une campagne du gouvernement disant « voilà faut vacciner, Bazard truc multe , alors c'est différent sur la campagne du zona où là le zona 65 ans, c'est pas des gens qui regarde les réseaux*

sociaux, ça va tout seul mais là tu t'adresses à une patientèle de jeunes parents et eux ils vont regarder sur le net, ils vont regarder les réseaux, le truc « il s'est vacciné, il est mort ou 15 jours après il a fait 40 de température, on a dû l'hospitaliser » même si ça n'a aucun rapport, ça va partir du bouche à oreille et là c'est mort.»

MG4, en pointant les débats sur les vaccins à ARN messenger lors de la pandémie COVID: *« Et puis il y a eu pas mal de choses qui se sont passées aussi sur les réseaux sociaux qui ont aussi, avec les vaccins à ARN messenger, donc ils ont eu d'autant plus peur en connaissant que dalle à ce que c'était. Donc ça a mis beaucoup de mal dans l'histoire des vaccins. »*

Ces éléments soulignent la nécessité d'une communication médicale claire et accessible, notamment pour les nouveaux vaccins comme celui contre la méningite B, souvent perçus comme récents et donc suspects.

12.2.5 Les médias traditionnels comme levier d'adhésion

À l'inverse, certains parents s'informent via les médias traditionnels, ce qui peut favoriser l'adhésion à la vaccination. MG6 témoignait en ce sens : *« Des fois, ils viennent spontanément parce qu'ils en ont entendu parler à la télévision. »*

Enfin, la peur du retour de maladies évitables agit comme un levier d'acceptation. Les parents, via les médias traditionnels, sont au courant de l'émergence de certaines pathologies. En effet, le MG5 évoquait un exemple concret : *« Il y a eu l'histoire des rougeoles, les cas qui ont augmenté, les gens refont gaffe. »*

Les parents ont globalement une opinion optimiste des vaccins malgré quelques antécédents de polémique dans l'histoire des vaccins. Actuellement, il s'agit de jeunes parents, plutôt connectés où la désinformation peut circuler sur les réseaux sociaux. Cependant, certains MG évoquent que les médias peuvent entraîner la discussion sur la vaccination entre le MG et les parents.

13 Perception du système de santé et confiance vis-à-vis du MG

13.1 Perception du système de santé par le médecin généraliste

Le rôle du médecin généraliste (MG) dans la mise en œuvre des politiques vaccinales repose en partie sur sa propre perception des institutions sanitaires. De manière générale, les praticiens exprimaient une confiance marquée envers les autorités de santé. Cette confiance sert de fondement à leur pratique quotidienne en matière de vaccination :

MG2 soulignait ainsi que *« on fait confiance à l'ARS, on fait confiance à notre système de santé quand ils nous disent c'est obligatoire »*.

Cependant, cette adhésion aux recommandations officielles n'est pas dénuée de réserves. Certains médecins pointaient une forme d'ambivalence, voire d'incohérence, dans les discours institutionnels, notamment en ce qui concerne la distinction entre recommandations et obligations vaccinales. Cette ambiguïté peut s'avérer problématique dans la communication avec les parents comme l'indiquait le MG7, lorsque le vaccin contre la méningite B n'était que recommandé, *« on dit qu'elle est recommandée, mais pas obligatoire, fin bon, qu'on dise qu'elle est obligatoire, ça simplifierait les choses. C'est la responsabilité des politiques par rapport aux mesures de santé publique »*.

Un autre point de tension évoqué par les médecins concernait le manque de réactivité des autorités sanitaires face à l'évolution des connaissances scientifiques et de l'épidémiologie. Cela est particulièrement illustré par les limites de remboursement du vaccin contre le méningocoque B pour les enfants de plus de deux ans. MG7 déplorait en ce sens que *« Après je pense qu'après 2 ans, si c'est qu'une seule dose, ce n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. C'est toujours le problème de la sécurité sociale, qui ne rembourse pas et qui n'adapte pas son discours assez rapidement par rapport au connaissance scientifique. »*.

Enfin, deux médecins estimaient que la crise du COVID a durablement affecté la perception publique des vaccins, rendant leur mission plus délicate comme le démontre les propos du MG4 : *« Le Covid n'a pas fait du bien là-dessus. Déjà que c'était compliqué, les vaccins. Et la politique ministérielle pour le Covid a fait du mal. J'ai trouvé qu'ils n'avaient pas bien fait leur boulot. Donc les gens sont encore plus méfiants. Avec les contraintes de l'obligation pour le Covid. »*

Il insistait sur les conséquences négatives des mesures contraignantes adoptées à cette période, qui ont accentué la méfiance générale à l'égard des campagnes vaccinales.

13.2 Perception du système de santé par les parents

La perception du système de santé par les familles semble en miroir de celle exprimée par les professionnels de santé. Elle oscille entre confiance et méfiance, particulièrement lorsque les discours institutionnels apparaissent flous ou contradictoires.

Ainsi, MG7 relevait que *« les parents sont un peu comme nous, ils ne comprennent pas la subtilité entre recommandé et obligatoire. A la limite, ils préféreraient un discours franc, en disant « bah voilà c'est obligatoire », et que cette ambiguïté génère de la confusion. Un discours plus clair, plus direct, serait selon lui davantage rassurant pour les familles.*

Cette méfiance s'exprime également à travers le rejet, non pas tant du médecin traitant, que des messages véhiculés par les campagnes de communication officielles. MG5 l'expliquait : *« Plus tu leur fais des campagnes, plus ça prête à polémique, plus ça publie sur les réseaux et plus tu as de retour négatif. Donc, je trouve que les campagnes c'est bien mais ça engendre toujours réactions alors qu'ils ne vont pas publier sur « mon médecin m'a dit que ... » par contre, « l'état dit que ... » ».*

Cette distinction entre le médecin généraliste, perçu comme une figure de confiance, et les instances publiques, perçues comme déconnecté du terrain est récurrente dans les entretiens.

L'efficacité des campagnes de communication est également mise en doute. MG6 exprimait un certain scepticisme : « *Les campagnes publicitaires, je ne sais pas s'ils vont écouter* ».

Ces observations mettent en lumière la nécessité de réinterroger les modalités de diffusion des messages de santé publique, en tenant compte des canaux privilégiés par les jeunes parents, comme les réseaux sociaux.

Enfin, la crise sanitaire liée au COVID a fortement impacté la confiance des familles envers le système de santé. Ce constat est partagé par le MG4, qui observe que « *Le Covid n'a pas fait du bien là-dessus. Déjà que c'était compliqué, les vaccins. Et la politique ministérielle pour le Covid a fait du mal. J'ai trouvé qu'ils n'avaient pas bien fait leur boulot. Donc les gens sont encore plus méfiants. Avec les contraintes de l'obligation pour le Covid* ».

Cette perte de confiance rend la promotion de nouveaux vaccins, comme celui contre le méningocoque B, d'autant plus complexe.

13.3 Relation de confiance entre les parents et le médecin généraliste

Malgré les réserves exprimées à l'égard des autorités sanitaires, un constant ressort de l'ensemble des entretiens : la confiance des familles envers leur médecin généraliste.

Cette relation de proximité constitue un pilier à l'adhésion vaccinale. Selon MG2, « *Est-ce qu'ils font confiance au système de santé ? la majorité, la grande majorité oui, et à leur médecin aussi. Je pense que c'est plutôt un phénomène de confiance* »

Cette confiance permet aux médecins de proposer les vaccins avec fluidité, sans rencontrer de résistance majeure. MG6 confirmait : « *Je n'ai pas trop à discuter, à l'imposer, à le faire, et les parents ne posaient pas de problème* », « *Mais je n'ai jamais eu trop de problème pour les vaccinations quelques soit, même en dehors du méningocoque.* »

Au-delà de l'acceptation passive, certains parents se tournent vers leur médecin pour obtenir des informations rassurantes ou des vérifications après l'acte vaccinal. MG3 notait que « *qu'au moindre doute, ils viennent me faire contrôler la lésion à l'endroit où j'ai piqué mais sinon assez rassurante je leur dis que je suis là* », illustrant le rôle central du médecin dans le suivi post-vaccinal et la réassurance, un rôle presque paternel.

Dans la pratique quotidienne, les médecins peuvent adapter leur discours en fonction du profil des parents. Certains choisissent de simplifier leur communication en présentant le vaccin contre le méningocoque B comme obligatoire (avant son obligation), MG7 : « *Moi je dis que c'est obligatoire, c'est tout, je dis « bah voilà il y a des vaccins obligatoires », et je ne discute même pas (...) ils me font confiance.* ».

Le MG7 n'engageait pas de discussion systématique, préférant attendre les interrogations spontanées des parents : « Avant la vaccination, je ne donne pas forcément d'information. Parce que je pense que, si on ne pose pas de question, moi ça m'arrange ». Mais ajoutait que : « Si les gens acceptent, s'ils posent des questions et qu'ils sont un peu réticents là je vais donner un argumentaire mais s'ils ne s'opposent pas à la vaccination et qu'ils te font confiance, bah voilà »

Ce positionnement est renforcé par l'attente des familles, qui semblent déléguer la responsabilité décisionnelle au professionnel comme l'évoquait le MG7: « *Ils viennent voir le médecin et puis voilà, ils attendent du médecin ce qu'il faut faire, ils font confiance* ».

Enfin, la notion de responsabilité médico-légale est évoquée par MG5, qui propose systématiquement le vaccin aux enfants de plus de deux ans pour éviter tout reproche futur : « *Au moins tu le proposes, et en général je le fais* ». Cela traduit une volonté de sécuriser la relation avec les familles tout en affirmant son rôle de prescripteur responsable.

Discussion

1 Principaux résultats

Le but de cette étude était d'analyser les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes concernant les méningites, leurs ressentis concernant l'évolution du calendrier vaccinal, sa mise en pratique, plus particulièrement celle contre la méningite à méningocoque B.

1.1 Principaux résultats concernant les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes interrogés

Cette partie a permis de mettre en évidence que les médecins généralistes interrogés sous estiment le nombre de méningites avec une faible surestimation des méningites bactériennes. Globalement, ils savent que le méningocoque B est la souche majoritaire dans cette tranche d'âge même si le pourcentage exact est mal connu. Aussi, l'augmentation des souches Y et W est connue.

La perception de la gravité du méningocoque B est souvent surestimée que ce soit en termes de létalité et, ou de séquelles.

1.2 Principaux résultats concernant la pratique et ressentis du calendrier vaccinal et de l'obligation vaccinale, notamment du BEXSERO®

La deuxième partie a permis d'analyser les ressentis et la pratique des MG. Concernant la pratique de la vaccination, tous les médecins interrogés déclarent ne faire que 2 injections à 12 mois et majoritairement, c'est l'injection du BEXSERO® qui est décalée d'un mois. Ceci par crainte de la réaction des parents, d'effets indésirables accentués ou par habitude.

De plus, le rattrapage vaccinal au-delà des 2 ans par les MG interrogés est parfois mal connue, tout comme la gestion des effets indésirables.

Les MG interrogés ont une opinion positive à l'obligation vaccinale du BEXSERO®, ce qui peut être perçue comme un levier facilitateur d'adhésion parentale. Si bien que, malgré une minorité de vaccinoseptique, cette obligation est plutôt bien perçue par les parents selon les MG interrogés.

D'ailleurs, l'ensemble des MG interrogés sont favorables à l'élargissement du calendrier vaccinal aux souches ACWY et B, tant que cette démarche est fondée, bien comprise par les parents et que la logistique suit. Ils ne seraient pas défavorables à voir d'autres vaccins devenir obligatoires si cette démarche de prévention a un impact favorable sur la morbi-mortalité infantile.

Toutefois, les MG interrogés regrettent le terme « recommandé » pouvant être source de méfiance parentale.

2 Discussion des résultats

2.1 Discussion des résultats concernant les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes interrogés

2.1.1 Connaissances épidémiologiques des méningites toutes causes confondues

6 médecins interrogés sur 7 sous-estiment le nombre de méningites toutes causes confondues. Cela peut refléter une méconnaissance épidémiologique, possiblement liée au fait que beaucoup de cas sont pris en charge à l'hôpital et peu en ville. On constate entre 7000 et 8000 cas de méningites par an en France, toutes causes confondues.

2.1.2 Connaissances épidémiologiques des méningites bactériennes

Lorsqu'on leur demande le pourcentage de méningites d'origine bactérienne, 5 médecins sur 7 sont globalement dans la fourchette (plutôt haute) et 2 médecins surestiment la part bactérienne. La surestimation de la part bactérienne est fréquente, traduisant une focalisation sur les cas graves. En réalité, selon ameli.fr : *« Elles représentent 20 à 25 % des méningites dites communautaires »*.

2.1.3 Connaissances épidémiologiques des méningites à méningocoque B

Le pourcentage de méningites bactériennes liées au méningocoque B chez les nourrissons est majoritairement sous- estimés pour 4 MG sur 7. En effet, ils estiment entre 10 à 70% les méningites bactériennes liées au méningocoque B. Cependant, les MG savent qu'il s'agit de la souche majoritaire dans cette tranche d'âge. D'après santé publique France : « *Chez les nourrissons de moins de 1 an et les enfants de 1 à 4 ans, les IIM B restaient majoritaires représentant près de 60% des cas* ». Cette sous-estimation globale peut refléter un manque d'information sur l'évolution épidémiologique.

2.1.4 Connaissances épidémiologiques des méningites à méningocoque Y et W

Concernant les connaissances épidémiologiques des MG interrogés sur les souches Y et W, les réponses varient de 1 à 35%, avec 3 MG sur 7 ayant la réponse exacte. En effet, selon santé publique France : « *les IIM Y et W représentaient une part croissante de cas avec 41% des cas chez les moins de 5 ans (vs 30% en 2022)* ». Mais globalement, les médecins semblent avoir une meilleure idée de la place croissante des souches Y et W, ce qui peut être le reflet des campagnes de vaccination contre les souches ACWY.

2.1.5 Connaissances épidémiologiques de la gravité des méningites à méningocoque B

La gravité de la maladie est majoritairement surestimée que ça soit la létalité et la mortalité. La létalité est évaluée par les MG de 10 à 45% et les séquelles varient de 20 à 85%. Cette surestimation peut s'expliquer par une perception de la maladie potentiellement mortelle, par une mémoire émotionnelle de cas graves vus ou entendus par des confrères ou des cas médiatisés. En réalité, la méningite à méningocoque B entraîne le décès dans environ 10% des cas et des séquelles dans 20% des cas[12].

2.1.6 Évolution des souches des méningites bactériennes

Les données actuelles montrent que le sérotype B représente une infection potentiellement gravissime. Son incidence a 2 pics, le premier chez les nourrissons, puis chez l'adolescent et ou l'adulte jeune.

L'évolution de la maladie peut être fulminante et une antibiothérapie adaptée doit être débuté le plus précocement possible.

En France, selon *Santé Publique France et l'Institut Pasteur*, les infections invasives à méningocoque ont connu une baisse transitoire pendant la pandémie liée au COVID-19. Suite à cette baisse, on a assisté à une augmentation du nombre de cas et une reprise de la circulation bactérienne. En effet, en 2023, on dénombrait 560 cas (soit +72% par rapport à 2022) et en 2024, 616 cas (soit +10% par rapport à 2023).

Le sérotype B reste majoritaire chez les jeunes enfants et c'est particulièrement le cas chez les 1-4 ans. Les méningites à méningocoque C sont devenues rares grâce à la vaccination systématique introduite en 2009 (obligatoire depuis 2018). Cette vaccination obligatoire a induit une immunité de groupe protectrice.

Les sérotypes Y et W ont augmenté ces dernières années avec une morbidité plus élevée, ce qui a conduit au nouveau calendrier vaccinal avec par exemple le vaccin NIMENRIX®[12].

Figure 1: Graphique de l'évolution des souches des IIM en France

Figure 4. Nombre de cas d'infections invasives à méningocoque selon les principaux sérotypes France entière, 2016-2023



2.1.7 Historique des mesures de prévention en France

Face à cette évolution de l'épidémiologie, la prévention primaire, dont le principal acteur est le MG, a toute sa place. Celle-ci repose essentiellement sur la vaccination et c'est en 2013 que le BEXSERO® a obtenu une AMM européenne[13].

Mais en France, son usage a longtemps été réservé aux populations à risque ou en situation d'épidémie localisées[13].

Ce n'est qu'en 2021 que la vaccination contre le méningocoque B a été recommandée pour l'ensemble des nourrissons après un avis de la HAS.[14]

Le schéma retenu est de deux doses à l'âge de 3 et 5 mois, suivies d'une dose de rappel à 12 mois. Cette stratégie visait à offrir une protection individuelle à tous les nourrissons jusqu'à l'âge où le risque diminue (4–5 ans) et à lever les inégalités d'accès liées au coût du vaccin, identifié comme un frein important. En effet, le vaccin BEXSERO® a été ajouté à la liste des vaccins remboursables par l'Assurance Maladie à partir de mai 2022.[15]

En 2025, devant la couverture vaccinale insuffisante et l'augmentation de l'incidence, la HAS a préconisé d'intégrer le vaccin contre le méningocoque B parmi les vaccins obligatoires.

À la suite de cette recommandation, un décret a entériné l'obligation vaccinale contre le méningocoque B (et contre les ACWY) pour tous les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2025[16]. Concrètement, depuis 2025, chaque enfant doit avoir initié son schéma contre le méningocoque avant l'âge de 2 ans, avec possibilité de rattrapage jusqu'à 5 ans révolus.

2.1.8 Exemple d'autres pays concernant la vaccination contre le méningocoque B

Au Royaume-Uni, qui a introduit le BEXSERO® dès 2015 dans son programme de vaccination des nourrissons, l'incidence des méningites B a chuté de 75 % chez les enfants vaccinés en l'espace de trois ans. Des baisses significatives de cas ont également été rapportées en Australie, en Italie ou en Espagne après la mise en place de la vaccination généralisée[16]

2.2 Discussion des résultats de la partie pratique des MG avec le vaccin contre la méningite B

Pour répondre à la problématique de notre étude, nous avons interrogés 7 médecins généralistes du Nord et nous allons comparer leur pratique aux recommandations actuelles. Le vaccin contre la méningite B, d'abord recommandé et introduit dans le calendrier vaccinal en 2022, est devenue obligatoire depuis Janvier 2025.[17]

2.2.1 Le rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de moins de 2 ans

Depuis 2022, suite à l'avis de la HAS face à l'augmentation de l'incidence du méningocoque B chez les nourrissons, les autorités de santé recommandent de vacciner tous les enfants de moins de 2 ans contre le méningocoque B. Cette vaccination suit le schéma de primovaccination simplifié à 2 doses, à 3 mois et à 5 mois, suivi d'une dose de rappel à l'âge de 12 mois.

Depuis le 1er janvier 2025, cette vaccination est devenue obligatoire pour les enfants de moins de 2 ans[18], ce qui devrait améliorer encore la couverture vaccinale et l'adhésion des parents.

En pratique, tout nourrisson ou jeune enfant n'ayant pas commencé ou finis le schéma vaccinal contre le méningocoque B devrait bénéficier d'un rattrapage selon un schéma adapté à son âge[18]. Les médecins du Nord interrogés confirment majoritairement qu'ils s'efforcent de proposer ce rattrapage lors des consultations pédiatriques : par exemple, un nourrisson de 6 ou 9 mois qui n'aurait pas reçu le BEXSERO® aux âges prévus se voit proposer un rattrapage selon son âge. Les généralistes soulignent l'importance de ne pas « laisser passer » l'occasion de vacciner lors des visites systématiques.

Tableau 8: Schémas de vaccination Bexsero® en fonction de l'âge initial de l'enfant

Âge de l'enfant lors de la 1 ^{ère} dose	Primovaccination recommandée	Intervalle minimal entre doses	Dose de rappel nécessaire
2–5 mois	2 doses (ex : 3 mois, 5 mois)	2 mois	Oui : 1 dose à 12–15 mois (≥ 6 mois après la 2 ^e dose)
6–11 mois	2 doses	2 mois	Oui : 1 dose au cours de la 2 ^e année (≥ 2 mois après la 2 ^e dose)
12–23 mois	2 doses	2 mois	Oui : 1 dose entre 12 et 23 mois après la 2 ^e dose. <i>Idéalement avant 24 mois.</i>
≥ 24 mois (2 à 10 ans)	2 doses	1 mois	Non (sauf situations à risque particulier)

D'après les entretiens, la plupart des MG adhèrent à ces recommandations pour les jeunes enfants. Les médecins considèrent généralement le rattrapage comme justifié et important, compte tenu de la vulnérabilité des nourrissons et de la potentielle gravité du méningocoque B. Certains praticiens avouent toutefois qu'avant l'obligation légale, ils ne proposaient pas systématiquement le BEXSERO® aux nourrissons si les parents ne l'évoquaient pas d'eux-mêmes, surtout en cas de retard vaccinal. Cette hésitation, qui tenait parfois à une prudence vis-à-vis d'un vaccin perçu comme non obligatoire, s'avère contraire aux recommandations officielles qui insistent « *sans aucune hésitation* » sur la nécessité de protéger tous les enfants jusqu'à 2 ans[19].

Globalement, le rattrapage des < 2 ans semble correctement compris et appliqué, mais une marge de progression existait avant 2025. En effet, la couverture vaccinale des nourrissons nés en 2023 et qui avaient reçu au moins une dose de BEXSERO® était d'environ 75 %. Ce qui représente une nette amélioration par rapport à 2022 (≈ 49 %). Mais la proportion d'enfants ayant reçu toutes les doses requises restait insuffisante[20]

Or, les données françaises montrent que « la totalité des cas d'IIM B chez les moins de 2 ans en 2023 et 2024 ont concerné des enfants non ou incomplètement vaccinés », soulignant l'importance d'un schéma vaccinal complet.[12]

Dans ce contexte, l'instauration de l'obligation vaccinale en 2025, devrait d'augmenter la couverture vaccinale. Les médecins disposent maintenant d'un argument de poids pour convaincre les derniers parents hésitants. De plus, les nourrissons devront être à jour de cette vaccination pour l'entrée en collectivité (crèche, etc.).

2.2.2 Rattrapage du BEXSERO® chez les enfants de plus de 24 mois

La HAS explique que l'incidence des IIM B décroît nettement après 5 ans et que la protection par le vaccin BEXSERO® est de durée limitée (3 à 5 ans seulement), sans impact sur le portage asymptomatique, ni effet collectif protecteur. Vacciner systématiquement les enfants d'âge préscolaire ou scolaire risquait donc d'exposer à une fausse impression de sécurité, alors qu'un rappel à l'adolescence restait nécessaire.[21][22]

Beaucoup de médecins généralistes interrogés indiquent qu'ils ne proposaient pas spontanément le BEXSERO® aux enfants de plus de 2 ans, en l'absence de recommandation officielle pour ces classes d'âge. Plusieurs raisons ressortent de leurs témoignages : le risque faible dans cette tranche d'âge, le souci d'éviter des injections « inutiles », et le non-remboursement du vaccin hors recommandation qui peut être un frein financier pour les parents. Néanmoins, certains praticiens nuancent en précisant qu'ils ne décourageaient pas les parents demandeurs souhaitant faire vacciner un enfant plus grand par précaution : il arrivait que des familles insistent pour vacciner un enfant de 4–5 ans. Dans ces situations, les médecins suivaient la volonté parentale tout en les informant des limites (coût à leur charge, protection possiblement incomplète et de courte durée). Ces cas demeuraient marginaux et relevaient d'une décision partagée au cas par cas[23].

Face à la recrudescence des méningites depuis 2023, les autorités sanitaires françaises ont réévalué la stratégie vaccinale. Début 2025, la HAS a recommandé, « *de manière transitoire* », un élargissement du rattrapage vaccinal jusqu'à l'âge de 5 ans pour les enfants non encore vaccinés contre le méningocoque B, même s'ils ont dépassé l'âge habituel de 24 mois avec une prise en charge par la sécurité sociale.

Depuis Mars 2025, la vaccination contre le méningocoque B chez les 15–24 ans (population également touchée par l'épidémie) est remboursée mais non obligatoire[18,22].

Ces nouvelles directives nécessitent une adaptation rapide de la part des médecins. Les généralistes du Nord confient qu'il leur a fallu intégrer ce changement au début 2025 : certains admettent qu'ils ne pensaient pas jusqu'alors à proposer le BEXSERO® lors des consultations des 3–4 ans. Désormais, ils doivent profiter de toute consultation pour vérifier le statut vaccinal et éventuellement prescrire les deux

doses de rattrapage si l'enfant n'a jamais été immunisé. Cette évolution de stratégie a pu susciter quelques interrogations parmi les praticiens au départ : ainsi, l'un d'eux rapporte s'être demandé s'il était pertinent de vacciner un enfant de 4 ans sachant que la protection ne s'étendra pas jusqu'à l'adolescence (âge d'un second pic de risque).[22]

Néanmoins, le contexte épidémique exceptionnel justifie de protéger immédiatement les jeunes enfants, car même si l'immunité conférée s'estompe en quelques années, elle couvre la période de vulnérabilité. Les médecins interrogés ont globalement accueilli favorablement cette extension de recommandation. Ils y voient un renforcement temporaire pour endiguer l'épidémie.

2.2.3 Adaptation de la pratique vaccinale au calendrier

L'intégration du vaccin contre le méningocoque B dans le calendrier pédiatrique a conduit les médecins à adapter leurs habitudes de consultation et de gestion des vaccins. Plusieurs aspects pratiques émergent des témoignages des généralistes du Nord.

1) Calendrier des injections

Le schéma recommandé (doses à 3, 5 et 12 mois) a introduit des séances vaccinales supplémentaires par rapport à l'ancien calendrier. Traditionnellement, les vaccinations du nourrisson se concentraient aux âges de 2, 4 et 11 mois, avec une dose de NEISVAC® autour de 5 et 12 mois. L'ajout de BEXSERO® a nécessité de planifier des consultations à 3 et 5 mois. La plupart des médecins considèrent que cela n'a pas posé de problème majeur d'organisation. En effet, les nourrissons bénéficient de toute façon d'un suivi mensuel les premiers mois de vie, et ces âges correspondent à des examens de suivi. Les médecins soulignent que l'adhésion des familles a été bonne dans l'ensemble. Une fois informées de l'existence de ce nouveau vaccin, de son utilité et l'importance de suivre le calendrier en respectant les intervalles entre chaque dose afin de protéger les nourrissons le plus rapidement possible, les familles adhérer à l'intégration du BEXSERO®.

2) Co-administration avec d'autres vaccins

Le problème a été la gestion des injections multiples lors d'une même séance car il est tout à fait possible d'administrer BEXSERO® en même temps que d'autres vaccins, à des sites d'injection distincts.[18]

Toutefois, des études ont montré que la co-administration de BEXSERO® avec un autre vaccin augmentait l'incidence de la fièvre post-vaccination (fièvre dans $\geq 70\%$ des cas quand le BEXSERO® est fait en même temps que d'autres vaccins).

C'est pourquoi, certains médecins ont choisi d'espacer les vaccinations dans le temps. Cette précaution vise à améliorer le confort de l'enfant et à rassurer les parents. Mais elle entraîne une augmentation du nombre de consultations et le risque de retard dans le calendrier vaccinal.

Les recommandations françaises ont anticipé ce problème en échelonnant délibérément le BEXSERO® à 3 et 5 mois (décalé d'un mois par rapport aux vaccins des 2 et 4 mois, comme c'est le cas au Royaume-Uni) afin de limiter le cumul des effets indésirables chez le nourrisson. Au vu des retours des médecins, cette stratégie a été payante : administré seul à 3 mois, le vaccin contre le méningocoque B est généralement bien toléré, provoquant des réactions fébriles comparables aux autres vaccins infantiles[24]

En revanche, au 12^{ème} mois, l'enfant reçoit inévitablement plusieurs vaccins (rappel BEXSERO®, première dose de vaccin ROR et le vaccin contre les méningocoques ACWY) et certains praticiens redoutaient cette accumulation. La quasi-totalité des médecins du Nord interrogés avouent qu'ils étaient réticents à faire trois injections en une seule consultation à 12 mois. Ceci s'expliquant par la crainte de la réaction des parents ou d'effets indésirables accentués ou par habitude. Il apparaît cependant que cette crainte soit davantage partagée par les soignants que par les parents : les experts rappellent que faire trois vaccins le même jour à 1 an est pratique courante dans de nombreux pays et ne présente pas de difficulté médicale[25].

Ils soulignent notamment que la réponse fébrile du BEXSERO® survient dans les 24–36 heures suivant l'injection, tandis que la fièvre post-vaccinale du ROR apparaît typiquement à J5–J7, ce qui évite une superposition des pics fébriles.[25]

Dans les cas de refus catégorique de trois vaccins à 12 mois, il est recommandé de privilégier le ROR et le BEXSERO® lors de cette visite, et de réaliser le vaccin contre les méningocoques ACWY plus tard. Cette approche pragmatique vise à privilégier la souche majoritaire à cet âge.[25]

Ce décalage entraîne une consultation supplémentaire et alourdir un calendrier vaccinal déjà jugé conséquent. Néanmoins, la bonne pratique recommandée est de réaliser l'ensemble des vaccins des 12 mois en une seule fois lorsque cela est possible[25].

3) Effets indésirables et gestion

La vaccination contre le méningocoque B est réputée pour induire une hyperthermie plus fréquente chez le nourrisson, ce qui peut être source d'inquiétude. En réalité, comme indiqué ci-dessus, c'est surtout l'administration conjointe de plusieurs vaccins qui exacerbe la réaction fébrile, tandis que BEXSERO® seul n'est pas plus pourvoyeur de fièvre qu'un autre vaccin. Les autorités sanitaires ont tout de même émis des recommandations pour accompagner les injections par un traitement antipyrétique préventif.

Il est préconisé de donner du Paracétamol en prophylaxie : une dose (15 mg/kg) juste avant ou immédiatement après la vaccination, puis une dose répétée 4 à 6 heures plus tard, et une troisième 6 heures plus tard si nécessaire. L'utilisation systématique de paracétamol autour de l'injection de BEXSERO® permet de réduire significativement l'incidence et l'intensité de la fièvre post-vaccinale, sans diminuer l'efficacité et la protection du BEXSERO®. Mais aussi, éviter les conséquences des pics fébriles, à savoir inconfort de l'enfant, inquiétude parentale, consultations en urgence inutiles.[26]

Lors de l'enquête, il est apparu que tous les médecins n'avaient pas intégré cette conduite à tenir de façon automatique. Certains généralistes avouent qu'au début, ils ne pensaient à recommander du paracétamol qu'en curatif.

4) Formation et information

L'introduction d'un nouveau vaccin dans le calendrier a nécessité une mise à jour des connaissances pour les professionnels de santé. Les médecins généralistes de notre étude reconnaissent avoir beaucoup appris « sur le tas » lors des premiers mois de recommandation : échanges entre confrères, lecture de bulletins (Infovac,

Vidal, Calendrier vaccinal publié par Santé Publique France, etc.) et échanges avec les pédiatres.

Des documents utiles ont été mis à disposition des médecins et des parents, tels que le dépliant de Santé Publique France reprenant les points clés d'efficacité, de tolérance et de calendrier de la vaccination contre le méningocoque B.

En somme, l'adaptation des MG à l'évolution du calendrier vaccinal impliquant le BEXSERO® s'est faite progressivement mais sûrement. On observe désormais une pratique vaccinale plus rigoureuse, un respect des schémas vaccinaux (avec le moins de décalages possible), une acceptation croissante des vaccinations multiples, mais une gestion des effets secondaires encore limitée.

Les généralistes du Nord estiment avoir acquis du recul sur ce vaccin et intégré ses particularités. Ils notent d'ailleurs que la perception des parents a également évolué. Ce qui apparaissait en 2021 comme un « vaccin en plus », « facultatif » est désormais perçu en 2025 comme une vaccination indispensable pour la santé de l'enfant, au même titre que les autres vaccins. Cette évolution culturelle est sans doute l'un des effets bénéfiques de l'intégration de BEXSERO® au calendrier officiel et de son passage au statut « obligatoire ».

2.3 Discussion des résultats de la partie ressenti des MG

2.3.1 Perception de la vaccination par les parents

L'adhésion des parents à la vaccination est élément important de son efficacité. En France, la confiance vaccinale a été mise à mal par le passé par différentes polémiques sanitaires pouvant entraîner une certaine méfiance de la part des patients.

En 2018, l'extension des obligations vaccinales a été globalement bien accueillie par les médecins et a permis d'améliorer la couverture vaccinale des nourrissons. D'ailleurs, 75% des MG interrogés lors de cette extension, jugent cette mesure positive et 41% déclarent que la relation médecin-parents a été simplifiée mais 46% disent que cela n'a pas modifié la relation avec leurs patients. Cela peut signifier que l'obligation n'efface pas toutes les inquiétudes, là où le MG peut avoir un rôle d'information et de persuasion.[27]

Dans le cas du vaccin contre le méningocoque B, qui est resté recommandé et non imposé pendant plusieurs années (2021–2024), la perception parentale dépendait du discours du médecin et de la compréhension qu’avaient les parents des enjeux de santé. Notre étude qualitative menée auprès de 7 médecins généralistes du Nord montre que les parents acceptaient plutôt bien la vaccination contre le méningocoque B lorsque le médecin prenait le temps d’expliquer la gravité de la maladie et l’intérêt du vaccin.

La prise en charge financière du vaccin a également levé un obstacle important pour certaines familles modestes. Le prix unitaire du BEXSERO® (environ 85 €) pouvant être dissuasif avant 2022 en l’absence de remboursement[28]

Néanmoins, plusieurs freins spécifiques à la vaccination contre le méningocoque B ont été rapportés par les médecins concernant la perception parentale. Le premier tient à la nature non obligatoire de ce vaccin (jusqu’en 2024) : certains parents, s’interrogeaient sur la nécessité d’un vaccin qui ne figurait pas sur la liste des vaccins obligatoires. « Si ce n’est pas obligatoire, est-ce vraiment indispensable ? » – cette question, relayée par quelques généralistes, illustre le doute qui pouvait exister lorsque la décision reposait entièrement sur la volonté des parents.

Un deuxième frein résidait dans la multiplication des injections au cours de la petite enfance. À 2, 4, 5, 11 et 12 mois, le calendrier vaccinal du nourrisson prévoit déjà de nombreux vaccins. L’ajout du vaccin BEXSERO® pouvait conduire à pratiquer trois injections lors d’une même consultation, à 12 mois. Plusieurs médecins du Nord rapportent que cette perspective inquiète certains parents : douleur à répétition pour l’enfant, risque d’effets indésirables, etc. En pratique, il arrivait que des familles préfèrent étaler les vaccins sur deux rendez-vous.

Les effets secondaires potentiels du vaccin BEXSERO® peuvent constituer une source d’inquiétude. Pour les parents, il est connu pour provoquer plus souvent des fièvres chez le nourrisson que d’autres vaccins infantiles. Les parents informés de cet effet secondaire potentiel pouvaient exprimer des craintes à ce sujet. Toutefois, il convient de noter que les épisodes fébriles post-vaccinaux sont généralement de courte durée et sans gravité (fièvre < 39 °C le plus souvent) et qu’il est possible d’anticiper ces effets. Comme évoqué plus haut, des études ont montré que l’administration préventive de paracétamol autour de l’injection réduisait significativement la fréquence et l’intensité des fièvres, sans altérer la réponse

immunitaire au vaccin. [7] Les médecins généralistes jouent ici un rôle de réassurance en expliquant aux parents la normalité de ces réactions et la conduite à tenir (surveillance, antipyrétique si besoin). Dans notre enquête, ils relatent que cette explication permet de diminuer l'inquiétude des parents et d'éviter des refus de vaccination liés à la crainte des effets indésirables.

Un dernier aspect crucial de la perception parentale mis en avant par les médecins est le climat de méfiance vaccinale général. Certains parents arrivent en consultation avec de fausses connaissances, ayant vu des discours antivaccins circulant sur Internet (les réseaux sociaux) ou dans leur entourage. Dans ces situations, la confiance envers le médecin traitant est déterminante pour faire évoluer les représentations. Les généralistes insistent sur l'importance de la relation médecin-parents : instaurer un dialogue, écouter les préoccupations et fournir des informations claires.

Désormais, avec l'entrée du vaccin contre le méningocoque B dans les obligations vaccinales (depuis 2025), on peut s'attendre à une évolution de la perception parentale vers une acceptation plus globale. En effet, l'expérience de 2018 a montré qu'une obligation rend généralement la vaccination plus « normale ». [29]

Cependant, cela ne dispense pas de continuer à informer les parents. Le rôle du médecin généraliste restera essentiel pour relayer ces messages, expliquer en quoi la situation épidémiologique a motivé ce changement et s'assurer qu'aucune inquiétude ne subsiste. Une adhésion éclairée et volontaire des parents demeure l'objectif afin de garantir une couverture vaccinale élevée contre la méningite B.

2.3.2 Rôle du MG dans la vaccination contre la méningite à méningocoque B

En France, les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne dans la mise en œuvre du calendrier vaccinal, y compris chez les nourrissons. Le généraliste reste souvent le professionnel de santé de référence en suivant l'enfant tout au long de son développement, surtout dans les zones où les pédiatres sont peu nombreux. C'est lui qui conseille les parents lors des consultations pédiatriques, prescrit les vaccins, pratique les injections et assure le suivi du calendrier vaccinal. La très grande majorité des généralistes se déclarent favorables à la vaccination en général (99,6 % dans une enquête nationale). Ils perçoivent la vaccination comme un

outil essentiel de prévention et intègrent cette mission dans leur pratique. On observe chez certains médecins des réticences vis-à-vis de certains vaccins spécifiques, par exemple le vaccin anti-rotavirus ou celui contre les HPV, cités comme sources d'hésitation pour environ un tiers des généralistes en 2019. [29] Concernant le vaccin contre le méningocoque B, notre étude suggère au contraire une acceptation plutôt élevée de la part des médecins. Ceux-ci étant conscients de la sévérité de la maladie. Aucun des 7 médecins de notre étude ne s'est dit opposé à cette vaccination ; tous la considérant légitime en prévention primaire.

Le rôle du généraliste consiste à intégrer le vaccin contre le méningocoque B dans les consultations de suivi de l'enfant et à organiser son administration selon le schéma requis. Avant 2025 (période où le vaccin n'était pas obligatoire), cette intégration a pu varier. D'après nos entretiens, certains médecins proposaient systématiquement le BEXSERO® dès la consultation des 2–3 mois, en même temps que les autres primo-vaccinations, afin de ne pas retarder la protection du nourrisson. Cette attitude suppose de convaincre les parents de l'importance du vaccin et de gérer la séance avec éventuellement deux ou trois injections le même jour. D'autres médecins adoptaient une approche plus prudente vis-à-vis de la co-administration : par exemple, ils préféraient différer la vaccination du BEXSERO® à la consultation suivante. Cette hétérogénéité reflète une adaptation aux contraintes logistiques, aux habitudes du MG et à la perception qu'ont les médecins de la tolérance du nourrisson et des parents.

Les entretiens soulignent que la densité du calendrier vaccinal actuel rend parfois difficile le respect strict de toutes les recommandations lors d'une seule visite. Toutefois, tout décalage ouvre la possibilité d'un oubli ou d'un retard prolongé si la famille ne revient pas à la date prévue. À cet égard, l'obligation vaccinale à partir de 2025 pourrait homogénéiser les pratiques en incitant les médecins à vacciner systématiquement à l'âge requis, sans attendre.

Une autre facette essentielle du rôle du généraliste est l'accompagnement des parents dans le processus de vaccination. Le praticien se doit d'écouter et de répondre aux questions, de combattre certaines rumeurs et d'apporter un conseil clair. Tous les médecins interrogés insistent sur l'importance de la confiance instaurée avec les

familles. Cette confiance fait que les parents suivent plus volontiers les recommandations du médecin traitant.

Le fait qu'il s'agit d'un « nouveau » vaccin, les parents s'en remettent largement à l'avis de leur MG. Dans les entretiens, plusieurs médecins racontent comment ils expliquent aux parents la dangerosité de la méningite B en vulgarisant le vocabulaire médical. L'argument de "protéger son enfant" est mis en avant, plutôt que celui de protéger la collectivité. En effet, le BEXSERO® a plus un rôle individuel que collectif.

Enfin, l'évolution récente du statut du vaccin contre le méningocoque B (de recommandé à obligatoire) redéfinit en partie le rôle du généraliste vis-à-vis de cette vaccination. Désormais, le médecin s'assure de l'application de l'obligation vaccinale, au même titre que pour les autres vaccins du calendrier. D'un point de vue plus large, le généraliste sert de relais des politiques de santé publique auprès de la population. En 2019, selon *Santé Publique France*, 41 % des généralistes estimaient que la loi d'obligation vaccinale avait simplifié leur relation avec les parents, contre seulement 8% qui la trouvaient source de tensions accrues (les autres n'observant pas de changement)[29]

Ainsi, la balance penche en faveur d'un effet bénéfique de l'obligation sur la pratique médicale, d'où l'accueil plutôt favorable réservé à la décision de 2025 d'inclure le vaccin contre le méningocoque B dans les vaccins obligatoires. Les médecins du Nord interrogés disent que cette mesure permettra d'avoir un discours homogène de la part des MG : tous les nourrissons devront être vaccinés, ce qui réduira les disparités liées aux différences de discours ou de perceptions des MG. Ils considèrent également que cela facilitera leurs échanges avec les parents : le vaccin faisant désormais partie du calendrier de base, il sera moins souvent contesté.

L'obligation ne doit pas conduire à négliger l'information donnée aux familles. Expliquer le pourquoi de cette obligation peut renforcer l'adhésion.

En somme, le médecin généraliste occupe une place charnière dans la vaccination contre la méningite B

2.3.3 Perception du calendrier vaccinal par le MG

Les MG interrogés soulignent que le calendrier vaccinal leur sert de guide dans leur pratique. Ils soulignent également, leur adhésion aux recommandations et se servent du calendrier vaccinal comme référence dans un but de prévention primaire.

Cependant, les MG interrogés déclarent qu'il comporte certaines limites. En effet, le calendrier se complexifie au fur et à mesure des années avec des mises à jour régulières avec des changements récents comme l'introduction de nouveaux vaccins ou le passage de recommandé à obligatoire.

Ce dernier point (vaccin obligatoire ou recommandé) peut compliquer les consultations. Certains parents tendent à ne considérer que les vaccins obligatoires comme réellement utiles pour leurs enfants, ce qui place le MG dans rôle de dialogue, d'écoute et d'information pour convaincre les parents de l'utilité des vaccins.

Dans l'ensemble, les entretiens reflètent un engagement majoritaire des MG en faveur de la vaccination, tempéré par des contraintes pratiques et des interrogations sur la confiance à accorder aux autorités. De plus, certaines polémiques (ex : vaccin contre l'hépatite B) peut mettre le MG en difficulté face à certains réticents.

Ce qu'on retrouve dans notre étude sur la perception du calendrier vaccinal, rejoint ce qu'on peut retrouver lors d'une étude à Dieppe où l'image de la vaccination auprès des MG est très favorable selon 80% des MG. Le MG joue un rôle clef de la mise en œuvre du calendrier vaccinal. La relation de confiance MG-patient est un déterminant de l'adhésion vaccinal[30]

De plus, lors de la concertation citoyenne de 2016, « la meilleure arme contre l'hésitation vaccinale est la conviction et la motivation du prescripteur »[31]

Néanmoins, selon une étude de 2014, la perception des MG de l'utilité et des risques des vaccins dépendait de leur confiance dans les autorités de santé. 18 % des MG ne présentaient aucune hésitation vaccinale, 68 % une faible hésitation, 11 % une hésitation moyenne et 3 % une hésitation forte, voire une opposition aux vaccins. En 2016, 80 % des MG déclaraient faire confiance aux autorités de santé pour les

informer sur les vaccins, mais plus de la moitié (53 %) pensaient aussi que ces autorités pouvaient être influencées par l'industrie pharmaceutique[32]

Cette méfiance de certains MG peut s'expliquer par des polémiques antérieures (par exemple, le vaccin contre le VHB). Mais plus la confiance d'un médecin envers les autorités est forte, plus sa perception positive envers les vaccins est forte. [32]

Autre limite mentionnée par les MG interrogés est l'ambivalence entre recommandé et obligatoire.

En France, depuis 2018, 11 vaccins sont obligatoires. Mais d'autres restent recommandés (ex : rotavirus). D'après les MG interrogés, cette distinction est floue pour les parents. En effet, les parents peuvent assimiler le « recommandé » à « pas important, pas indispensable », comme le démontre cette verbatim: « *« Si ce vaccin était vraiment important, pourquoi n'est-il pas obligatoire ? »* ».

Les MG se retrouvent ainsi en première ligne pour expliquer que recommandé ne signifie pas superflu. L'obligation vaccinale apparaît aux médecins comme un levier facilitateur pour vaincre les hésitations : 92 % des généralistes se sont déclarés favorables au maintien d'obligations vaccinales, un moyen d'alléger la négociation avec les patients. [32]

Depuis l'extension des obligations en 2018, de nombreux MG rapportent une amélioration de la couverture vaccinale sans avoir à argumenter autant, ce qui concorde avec les données nationales montrant une progression de l'adhésion du public à la vaccination. Selon Vaccination Info Service, « *en 2022 ... parmi les personnes de 18 à 75 ans interrogées sur ce sujet, 85% ont une opinion favorable sur la vaccination en général alors qu'ils étaient 74% en 2019* »[33]

En résumé, notre étude est cohérente par rapport à ce qu'on retrouve dans d'autres études. Des MG ayant un avis globalement favorable à la vaccination et à son calendrier, soulignant que celui-ci sert de guide et permet le suivi mensuel. Mais présente certaines limites comme des mises à jour régulières et une ambivalence entre recommandé et obligatoire pouvant mettre à mal la relation de confiance MG-parents.

2.3.4 Perception de l'élargissement du calendrier vaccinal par le MG

1) Par rapport au BEXSERO®

Les médecins interrogés sur la question de l'élargissement vaccinal obligatoire contre le méningocoque B sont tous favorables à cette mesure. En effet, ils jugent que ce pathogène, plutôt rare en médecine générale, est potentiellement grave. Et ils jugent, par conséquent, utile de vacciner tous les nourrissons. D'ailleurs, certains MG le considèrent « obligatoire » avant même que ce soit le cas et avait intégrer le vaccin contre le méningocoque B dans leur pratique de manière systématique.

Cependant, certains MG expriment une crainte d'une surcharge du calendrier vaccinal avec toujours plus d'injections chez le nourrisson. Ils rapportent que quelques parents rechignent à l'idée de faire plusieurs vaccins en une seule consultation par peur d'effet indésirable « trop fort ». De plus, la plupart des MG interrogés préfèrent ne faire que 2 injections maximum lors d'une même consultation.

Cette pratique amène un revers. Le fait d'échelonner les vaccins, peut rassurer certains parents, mais rallonge le parcours vaccinal.

Le MG est au cœur de la politique vaccinale. Ces dernières décennies, il y a eu beaucoup de modifications, de nouvelles recommandations. Par exemple : l'extension de la vaccination contre l'HPV aux garçons (reco 2021), le vaccin contre le zona chez les plus de 65 ans et évidemment, depuis les recommandations 2021, le vaccin contre le méningocoque B (obligatoire depuis 2025)[34].

Concernant l'intégration du BEXSERO®, elle s'est faite de manière progressive mais les inquiétudes des MG sont fondées sur la peur de la réaction des parents face à ce « nouveau » vaccin. Une proportion de parents demeure méfiante envers les vaccins récents. Les facteurs de réticence identifiés dans la population générale incluent justement le caractère nouveau du vaccin et la perception que la maladie ciblée est rare, comme le révèle une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France[35]

Ce pourquoi, les sociétés savantes de pédiatrie ont soutenu activement la vaccination généralisée, soulignant que la balance bénéfices/risques était favorable. Les MG,

souvent guidés par ces références, ont pu ainsi ajuster leur discours pour intégrer le BEXSERO® dans leur pratique.

Les MG français ont pu s'appuyer et argumenter l'intérêt du vaccin, sur des expériences dans d'autres pays. Comme au Royaume-Uni, ayant introduit le BEXSERO® dès 2015, et ayant constaté une diminution du nombre de méningite à méningocoque B de près de 75 à 80% chez les nourrissons ayant reçu le schéma complet au cours des 3 premières années de vie. D'autres pays, comme l'Espagne ou l'Australie ont constaté des résultats similaires. De plus, aucune alerte de sécurité jugé « grave » n'est survenue dans ces pays après la vaccination de millions de nourrissons par le BEXSERO®. Ceci a permis de lever les doutes chez les MG réticents initialement. [36]

2) Un calendrier vaccinal chargé

L'élargissement vaccinal entraîne des bénéfices en termes de santé publique mais engendre un revers lié à un calendrier vaccinal chargé évoqué par les MG interrogés. Le nourrisson de 2 à 6 mois reçoit désormais un nombre important d'injections : vaccins hexavalents (DTP-Coqueluche-Polio-Hib-Hépatite B), pneumocoque, méningocoque ACWY, et méningocoque B, sans compter le rotavirus par voie orale lorsqu'il est administré.

Cette multiplication peut donner lieu à des aménagements pratiques. Les recommandations officielles précisent que les co-injections sont possibles et sans danger, y compris l'administration simultanée de trois vaccins lors d'une même consultation (par exemple à 12 mois : ROR, rappel Méningo B , rappel ACWY) [36]

3) Adaptabilité du MG

Toutefois, le Ministère de la Santé reconnaît qu'en pratique « *si les parents ne souhaitent pas faire trois vaccins le même jour* », le schéma peut être étalé en reportant l'un des vaccins sur la consultation suivante (par exemple décaler le rappel du vaccin contre les méningocoque ACWY au 13^e mois au lieu du 12^e) [37]

Cette flexibilité du MG nécessite un suivi rigoureux et multiplie le nombre de rendez-vous, ce qui peut peser sur le suivi du calendrier de l'enfant. Les MG doivent

donc jongler entre efficacité (protéger le plus tôt possible contre le maximum de maladies) et acceptabilité (ne pas brusquer les familles par une approche trop brusque).

En fin de compte, la perception par les MG de l'ouverture vers d'autres vaccins dépend de la balance bénéfice-risque de chaque nouvel antigène et des autorités. Lorsqu'un nouveau vaccin est recommandé de façon claire par les autorités, intégré dans le calendrier officiel, remboursé, et soutenu par une communication, les médecins généralistes sont favorables à le mettre en œuvre, malgré les ajustements que cela requiert dans leur pratique. C'est ce qu'on observe avec le BEXSERO® : dès lors qu'il a été formellement introduit dans le calendrier vaccinal en 2022, une appropriation progressive par les MG a eu lieu, facilitée encore par l'annonce récente de son obligation à partir du 1^{er} janvier 2025. [36]

2.3.5 Connaissance et perception des parents du calendrier vaccinal

1) Une connaissance vaccinale approximative et hétérogène de la part des parents

Parmi les entretiens réalisés, les médecins généralistes décrivent une multitude de connaissances et d'attitudes chez les parents vis-à-vis du calendrier vaccinal. D'après les MG interrogés, une partie des parents est bien informée et adhère sans difficulté aux recommandations : ces parents connaissent les principaux vaccins à faire et viennent en consultation en posant des questions pertinentes sur le « quand » et le « comment » vacciner leur enfant. Ils font confiance au médecin et suivent le calendrier à la lettre.

Toutefois, les MG rapportent que de nombreux parents ont une perception approximative du calendrier vaccinal. Certains découvrent les injections au fur et à mesure des visites, sans avoir une vision globale des vaccins prévus jusqu'à 18 mois de l'enfant. Les médecins évoquent aussi une confusion fréquente entre vaccins obligatoires et recommandés : beaucoup de parents pensent que seuls les vaccins obligatoires sont réellement importants

2) Connaissance parentale par les réseaux sociaux

Les entretiens font ressortir des craintes parentales persistantes à l'égard de certains vaccins : la crainte qu'il y est trop de vaccin ou la peur d'effets indésirables graves. Ces préoccupations sont alimentées par des informations glanées sur Internet/réseau sociaux ou dans les médias. En effet, les MG notent que de plus en plus de parents cherchent des renseignements en ligne avant ou après la consultation, ce qui peut conduire à des fausses idées. Face à cela, les médecins constatent un niveau très variable d'acceptation : une majorité de parents suit finalement les recommandations du médecin, parfois après des explications rassurantes supplémentaires, tandis qu'une minorité exprime une véritable hésitation vaccinale. Dans de rares cas, les MG se heurtent à un refus pur et simple de certains vaccins. Les MG notent à juste titre l'impact des réseaux sociaux : un parent exposé à des discours anti-vaccinaux en ligne peut arriver en consultation avec une méfiance accrue. Sur ce point, les enquêtes montrent que la plupart des parents accordent finalement une grande confiance à l'avis de leur médecin traitant.

En somme, selon les MG interviewés, la connaissance des parents sur le calendrier vaccinal reste incomplète et hétérogène, ce qui impose aux généralistes de jouer un rôle pédagogique important. La perception parentale oscille entre confiance et méfiance lié à leur connaissance pouvant être tirée des réseaux sociaux

3) Une connaissance partielle mais une confiance au MG

Dans la littérature, on retrouve les mêmes données. En effet, Les propos des médecins généralistes reflètent assez fidèlement les constats des études menées auprès des parents en France. La connaissance du calendrier vaccinal par le grand public est souvent partielle. Beaucoup de parents comptent avant tout sur leur médecin ou pédiatre pour les guider dans les échéances vaccinales de leur enfant. En 2016, une enquête nationale montrait que plus de 8 parents sur 10 (81,3 %) déclarent s'informer d'abord auprès d'un médecin pour les questions vaccinales concernant leurs enfants. Internet arrivait en seconde position, utilisé par 37 % des parents[38], une proportion non négligeable qui a sans doute augmenté depuis avec l'essor des réseaux sociaux. Cette dépendance vis-à-vis du médecin explique qu'une communication avec les parents est indispensable et qu'il faut prendre le temps d'expliquer aux parents sinon une réelle méfiance peut s'installer auprès des parents.

Par exemple, le vaccin contre l'hépatite B, longtemps seulement recommandé chez le nourrisson, a souffert d'une image négative durable. En 2016, plus de la moitié des parents (56,3 %) pensaient encore que le vaccin anti- VHB « *peut provoquer des effets indésirables graves* », contre 38,4 % pour le vaccin ROR[38]. Cette croyance du vaccin de l'hépatite B en lien avec la sclérose en plaque, vient d'une polémique des années 1990, qui a été démenti depuis mais qui reste ancré dans l'esprit de certains parents.

4) Les parents, une confiance vaccinale qui tend à s'améliorer avec une réticence pour certains vaccins.

La confiance des parents envers la vaccination tend à s'améliorer avec les années. En effet, selon « Le Baromètre Santé réalisé en 2022, confirme l'augmentation des opinions favorables à la vaccination observés chaque année depuis 2019. En effet, cette dernière vague montre que parmi les personnes de 18 à 75 ans interrogées sur ce sujet, 85% ont une opinion favorable sur la vaccination en général alors qu'ils étaient 74% en 2019 [33]»

Toutefois, cette adhésion globale cache des réticences : environ un tiers des personnes admettent être défavorables à certains vaccins comme par exemple le vaccin contre la COVID-19 (25 % de réticents en 2022), puis l'hépatite B (4 %), la grippe saisonnière (3 %) et les infections à HPV (2 %).[33] Ces vaccins correspondent à ceux ayant fait l'objet de polémiques ou de craintes médiatisées.

Dans tous les cas, connaître la perception des parents est la première étape pour ajuster son discours. En effet, selon l'édition 2016 du Baromètre Santé Parents, il en ressortait que si on laisse trop de vaccins au choix individuel, une minorité significative d'enfants risquait d'être insuffisamment vaccinés par décision parentale.[39] C'est pourquoi la France a opté en 2018 pour élargir les obligations, démarche acceptée par une majorité de parents comme un gage de sécurité sanitaire collective.[35]

En définitive, les parents demeurent les décideurs finaux pour la vaccination de leurs enfants. Améliorer leurs connaissances et leur perception du calendrier vaccinal passe par une information claire et transparente.

2.3.6 Perception du système de santé par le MG

1) Place du MG dans le système de santé

Dans les entretiens, les médecins généralistes ont également abordé comment ils perçoivent le contexte plus large du système de santé en matière de vaccination, et comment cela influe sur la confiance entre soignants et patients. De l'avis de nombreux MG, le système de santé français accorde une place primordiale à la médecine de ville pour la vaccination, ce qui est à la fois valorisant et exigeant. Les MG se sentent investis d'une mission de santé publique mais estiment que cette mission n'est pas toujours soutenue de façon optimale.

Concernant la confiance des patients, les médecins constatent qu'elle reste globalement élevée vis-à-vis d'eux-mêmes, mais qu'elle peut être fragilisée par la méfiance envers le système de santé en général. Les MG mentionnent notamment l'effet délétère des controverses nationales ou des couacs de communication gouvernementale. Par exemple, la gestion jugée chaotique de la campagne vaccinale contre le VRS. De plus, l'ambivalence que peut engendrer le caractère « recommandé » ou « obligatoire » des vaccins peut entraîner une méfiance des parents et être sujet à l'inquiétude parentale, qui ne facilite pas le rôle d'information du MG.

La double confiance, celle des médecins envers le système, et celle des patients envers le médecin, est vue comme un pilier indispensable à la réussite vaccinale.

D'ailleurs, la confiance est un élément indispensable en médecine général. En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé a évoqué que l'hésitation vaccinale faisait partie des dix menaces majeures pour la santé mondiale, [40] montrant à quel point la confiance dans les vaccins (et leur MG) est indispensable.

2) Influence de l'industrie pharmaceutique dans la confiance MG-autorités de santé

En France, le système de santé repose historiquement sur le médecin traitant pour délivrer les vaccins courants, ce qui confère aux généralistes un rôle de transmissions entre les autorités de santé et la population. Pour que cette mécanique fonctionne, il est impératif que les MG eux-mêmes aient confiance dans les recommandations

émises. Comme discuté ci-dessus, cette confiance des médecins envers les autorités a pu être mis à mal par le passé. Plus de la moitié des MG suspectaient en 2016 des interférences de l'industrie dans les décisions de santé publique : *« Cette confiance est cependant très relative car 53 % des MG estiment tout de même que les autorités sanitaires sont influencées par les laboratoires pharmaceutiques et 29 % préfèrent se fier à leur propre jugement plutôt qu'aux recommandations officielles sur les vaccins »*.^[32]

Ce point est important car un médecin qui doute des autorités et des institutions aura plus de mal à convaincre ses patients à faire certains vaccins (notamment les recommandés)

3) Confiance des patients vis-à-vis du MG

Du côté des patients, la confiance envers le médecin généraliste reste élevée en France. Dans la plupart des enquêtes d'opinion, les professionnels de santé (médecins, infirmiers) sont cités comme les sources d'information les plus fiables sur les vaccins. Selon Santé Publique France : *« la majorité des parents déclarent s'informer auprès d'un médecin pour obtenir des informations sur les vaccinations (81,3%) »*^[38]

Toutefois, la confiance patient-médecin est aujourd'hui mise à l'épreuve par la surcharge des informations et la crise plus large de la défiance envers les institutions. Les patients arrivent parfois avec une ambivalence : ils font confiance à leur médecin, mais se méfient du « système » comme l'évoque plusieurs médecins interrogés. Les médecins doivent alors faire preuve de pédagogie en expliquant les bénéfices et les risques et en luttant contre les théories complotistes. Heureusement, les études suggèrent que la majorité des patients conservent une image positive de leur MG.

4) D'autres professionnels de santé vaccinateurs – rôle pivot du MG

Depuis quelques années, la diversification des vaccinateurs est en cours : les pharmaciens ou les infirmiers (chez les plus de 11 ans) et les sage-femmes ont obtenu l'autorisation de pratiquer certains vaccins.^[36] Par exemple, les sage-femmes peuvent vacciner les nourrissons contre les méningocoques B et ACWY depuis 2022-2023, ce qui désengorge un peu les cabinets de MG pour ces injections

Si ces mesures sont bien coordonnées, elles pourraient améliorer la couverture vaccinale sans surcharger exclusivement le MG. Néanmoins, cela nécessite une confiance mutuelle et une collaboration entre professionnels de santé, afin que le message vaccinal reste cohérent quel que soit le vaccinateur. Le rôle du MG comme pivot doit être préservé, par exemple via l'information systématique du médecin traitant lorsqu'un vaccin est fait ailleurs.

En définitive, la perception du système de santé par les MG est celle d'un partenaire indispensable. Il s'agit d'assurer une confiance médecin-parents-autorités de santé.

2.4 Ouvertures et perspectives

Au-delà du cas de la vaccination méningite B, cette étude qualitative soulève des pistes de réflexion plus larges. L'acceptabilité des nouveaux vaccins émergents sera un défi constant. Par exemple, l'année 2023 a vu l'arrivée des premiers « vaccins » contre le virus respiratoire syncytial (VRS), responsable de bronchiolites : un vaccin destiné aux personnes âgées et aux femmes enceintes a été autorisé, et un anticorps monoclonal pour les nourrissons (nirsevimab®) est désormais disponible.[41] Les enseignements tirés du vaccin contre la méningite B peuvent aider : il faudra informer précocement sur la balance bénéfices/risques de ces produits (le VRS touche près de 30 % des nourrissons chaque hiver et entraîne des hospitalisations, ce qui justifie la prévention). [41]

Clarifier leur place dans le calendrier (la HAS recommande déjà le vaccin VRS pour les femmes enceintes de 32 à 36 semaines de gestation afin de protéger les nouveau-nés) et accompagner les MG pour qu'ils se sentent à l'aise d'en parler[42]. De même, d'autres vaccins pointent à l'horizon (paludisme, VIH peut-être un jour, nouveaux vaccins multivalents...). Cependant, leur acceptation par les patients passera par la confiance.

Par ailleurs, les enjeux organisationnels de la vaccination en ville sont appelés à prendre de l'ampleur. La pandémie de COVID-19 a montré la capacité d'innovation du système de santé (centres de vaccination de masse, mobilisation de professionnels retraités, etc.), mais aussi la nécessité d'une meilleure préparation. Cette organisation implique, d'inclure d'autres structures de soins, renforcer le lien ville-hôpital

(notamment les maternités) dans le programme vaccinal. Cependant, il est jugé que le MG doit préserver son rôle de référent et de coordinateur des soins.

Enfin, il apparaît crucial de soutenir les médecins généralistes par des efforts accrus en formation continue. Le calendrier vaccinal et les recommandations évoluent vite : nouvelles données, nouveaux produits, évolutions des recommandations (comme l'actualité le montre avec le BEXSERO® et le NIMENRIX® obligatoires en 2025).

3 Discussion de la méthode

L'étude qualitative par entretiens semi-dirigés semble adaptée pour analyser le ressenti des médecins généralistes face aux nouvelles obligations vaccinales et notamment du BEXSERO®. De plus, cette méthode facilite la discussion sur leur pratique et de la manière dont les médecins s'adaptent aux nouvelles recommandations.

Concernant la partie épidémiologique, il faudrait une étude quantitative afin de réellement analyser les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes. Cependant, ce n'était pas le but de cette étude. Le but de cette partie était de savoir si les connaissances épidémiologiques des médecins généralistes avaient un impact sur leur pratique.

Les participants étaient tous des médecins généralistes installés dans le Nord. Ils ont été recrutés par appel téléphonique ou par effet boule de neige, ce qui peut engendrer un biais de sélection car cela touche le même réseau de médecins avec des caractéristiques proches.

Malgré quelques non réponse à mes sollicitations, les médecins ont accepté de participer après obtention de leur consentement oral. La suffisance de données a été atteinte lorsque 2 entretiens ne donnaient plus de nouvelles idées.

Le recueil de données a été réalisé par entretiens semi dirigés, testé préalablement afin de garantir sa compréhension. Il a évolué lors des 2 premiers entretiens et des nouvelles idées qui en ont émergées.

Le fait d'être au courant du sujet avant les entretiens peut engendrer un biais de désirabilité sociale. Lors des entretiens, certains médecins pouvaient donner une

image conforme aux recommandations même si dans leur pratique quotidienne, ils procèdent de manière différente.

Chaque entretien a été retranscrit de manière anonyme et interprété par un autre médecin généraliste afin de trianguler les données. Ceci renforce la validité interne des résultats et limite les biais d'interprétation.

Conclusion

En conclusion de cette thèse, il a été exploré la perception du calendrier vaccinal et de ses évolutions par les médecins généralistes, la vision qu'ils ont des attitudes parentales, et le contexte de confiance qui améliore la réussite des programmes vaccinaux. La vaccination contre la méningite B, fil rouge de notre étude, illustre à quel point l'adhésion des médecins et des patients repose sur la confiance mutuelle et l'information éclairée. Maintenir cette confiance dans un contexte d'ouverture vers de nouveaux vaccins constitue un défi majeur, mais aussi une opportunité : celle de faire progresser la protection immunitaire de la population grâce à un partenariat solide entre les autorités de santé, les soignants et les patients. Ce défi, relevé pour le méningocoque B, devra l'être à nouveau pour chaque innovation vaccinale, du VRS aujourd'hui aux futurs vaccins de demain dans un but de santé publique.

Liste des tables

Tableau 1: bactéries prédominantes selon les âges lors d'une méningite.....	14
Tableau 2: caractéristiques des médecins généralistes interrogés	21
Tableau 3: Nombre de cas de méningites toutes causes confondues en France, d'après les MG interrogés	22
Tableau 4: Pourcentage de méningites bactériennes sur l'ensemble des méningites par an (en %), d'après les MG interrogés	23
Tableau 5: Méningites bactériennes dûes au méningocoque B (en%) d'après les MG interrogés	23
Tableau 6: Méningites à méningocoque Y et W (en %), d'après les MG interrogés..	24
Tableau 7: mortalité et létalité (en %) de la méningite B.....	24
Tableau 8:Schémas de vaccination Bexsero® en fonction de l'âge initial de l'enfant	71

Liste des figures

Figure 1: Calendrier vaccinal des nourrissons en 2025	16
Figure 2: graphique de l'évolution des souches des IIM en france	68

Références

- [1] Ducros L, Potel G, Hausfater P. Les infections neuroméningées n.d.
- [2] Méningites - symptômes, causes, traitements et prévention. VIDAL 2024. <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/meningites.html> (accessed August 31, 2025).
- [3] Méningite : définition, causes et circonstances de survenue n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/meningite-aigue/definition-causes-facteurs-favorisants> (accessed August 23, 2025).
- [4] Infections invasives à méningocoque : un nombre de cas élevé en janvier et février 2025 | Santé publique France n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2025/infections-invasives-a-meningocoque-un-nombre-de-cas-eleve-en-janvier-et-fevrier-2025> (accessed August 31, 2025).
- [5] Meningococcal meningitis n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/meningitis> (accessed August 23, 2025).
- [6] Méningite bactérienne et virale, étiopathogénie, diagnostic, traitement 2019.
- [7] Méningites et septicémies à méningocoques 2025. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-et-septicemies-a-meningocoques> (accessed August 24, 2025).
- [8] Méningites à méningocoques. Inst Pasteur 2015. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/meningites-meningocoques> (accessed August 23, 2025).
- [9] Les infections invasives à méningocoques en France en 2022 | MesVaccins n.d. https://www.mesvaccins.net/web/news/21348-les-infections-invasives-a-meningocoques-en-france-en-2022?utm_source=chatgpt.com (accessed August 31, 2025).
- [10] Infections invasives à méningocoque : recrudescence de cas en France en 2023 n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/infections-invasives-a-meningocoque-recrudescence-de-cas-en-france-en-2023> (accessed August 23, 2025).

- [11] DGS, EMERY, Grégory. Augmentation des infections invasives à méningocoque en France 2025.
- [12] Les infections invasives à méningocoque en France en 2024 n.d.
- [13] Méningocoques B : le vaccin Bexsero désormais remboursé. Pediatre Online 2022. <https://www.pediatre-online.fr/infections/meningocoques-b-la-has-recommande-la-vaccination-des-nourrissons/> (accessed August 24, 2025).
- [14] Méningocoques B : le vaccin Bexsero désormais remboursé. Pediatre Online 2022. <https://www.pediatre-online.fr/infections/meningocoques-b-la-has-recommande-la-vaccination-des-nourrissons/> (accessed August 24, 2025).
- [15] Méningocoques B : le vaccin Bexsero désormais remboursé. Pediatre Online 2022. <https://www.pediatre-online.fr/infections/meningocoques-b-la-has-recommande-la-vaccination-des-nourrissons/> (accessed August 24, 2025).
- [16] Méningites et septicémies à méningocoques 2025. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-et-septicemies-a-meningocoques> (accessed August 24, 2025).
- [17] Nouveautés du Calendrier Vaccinal 2025 2025. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Toutes-les-actualites/Nouveautes-du-Calendrier-Vaccinal-2025> (accessed August 24, 2025).
- [18] BEXSERO | MesVaccins n.d. <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/495-bexsero> (accessed August 24, 2025).
- [19] Béchet S. Bulletin Spécial Bexsero® 2022 : Foire aux Questions (FAQ). Infovac Fr 2022. <https://www.infovac.fr/actualites/bulletin-special-bexsero-2022-foire-aux-questions-faq> (accessed August 24, 2025).
- [20] Martin M. Actu'Vacci #3 – Infection Invasives à Méningocoque (IIM). URPS ML Nouv-Aquitaine 2025. <https://www.urpsml-na.org/organisation-des-soins/actuvacci-3-infection-invasives-a-meningocoque-iim/> (accessed August 24, 2025).
- [21] Recrudescence des infections invasives à méningocoques : de nouvelles recommandations sur le rattrapage vaccinal. Haute Aut Santé n.d. https://has-sante.fr/jcms/p_3597672/fr/recrudescence-des-infections-invasives-a-meningocoques-de-nouvelles-recommandations-sur-le-rattrapage-vaccinal (accessed August 24, 2025).

- [22] Béchet S. Bulletin N°3 - Mars 2025. Infovac Fr 2025. <https://www.infovac.fr/actualites/bulletin-n-3-mars-2025> (accessed August 24, 2025).
- [23] Béchet S. Bulletin Spécial Bexsero® 2022 : Foire aux Questions (FAQ). Infovac Fr 2022. <https://www.infovac.fr/actualites/bulletin-special-bexsero-2022-foire-aux-questions-faq> (accessed August 24, 2025).
- [24] Le Royaume-Uni recommande la vaccination de tous les nourrissons contre le méningocoque B | MesVaccins n.d. <https://www.mesvaccins.net/web/news/5269-le-royaume-uni-recommande-la-vaccination-de-tous-les-nourrissons-contre-le-meningocoque-b> (accessed August 24, 2025).
- [25] Béchet S. Bulletin Spécial Bexsero® 2022 : Foire aux Questions (FAQ). Infovac Fr 2022. <https://www.infovac.fr/actualites/bulletin-special-bexsero-2022-foire-aux-questions-faq> (accessed August 24, 2025).
- [26] Béchet S. Bulletin Spécial Bexsero® 2022 : Foire aux Questions (FAQ). Infovac Fr 2022. <https://www.infovac.fr/actualites/bulletin-special-bexsero-2022-foire-aux-questions-faq> (accessed August 24, 2025).
- [27] Les médecins généralistes unanimes pour la vaccination selon une nouvelle enquête du Collège de la Médecine Générale et de Santé publique France n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/les-medecins-generalistes-unanimes-pour-la-vaccination-selon-une-nouvelle-enquete-du-college-de-la-medecine-generale-et-de-sante-publique-france> (accessed August 24, 2025).
- [28] Méningocoques B : le vaccin Bexsero désormais remboursé. Pediatre Online 2022. <https://www.pediatre-online.fr/infections/meningocoques-b-la-has-recommande-la-vaccination-des-nourrissons/> (accessed August 24, 2025).
- [29] Les médecins généralistes unanimes pour la vaccination selon une nouvelle enquête du Collège de la Médecine Générale et de Santé publique France n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/les-medecins-generalistes-unanimes-pour-la-vaccination-selon-une-nouvelle-enquete-du-college-de-la-medecine-generale-et-de-sante-publique-france> (accessed August 24, 2025).
- [30] Jestin C, Gautler A. Perception des médecins et organisation d'une campagne lcoale 2010:31–4.
- [31] LOZAT R. 50.000 médecins généralistes en première ligne 2017;Bulletin

épidémiologique hebdomadaire:4–5.

[32] Verger, Pierre. les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France 2017:110–4.

[33] Perception et adhésion à la vaccination en France 2018. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination-en-France> (accessed August 24, 2025).

[34] La Haute Autorité de santé recommande la vaccination de tous les nourrissons contre la méningite B. VIDAL 2021. <https://www.vidal.fr/actualites/27462-la-haute-autorite-de-sante-recommande-la-vaccination-de-tous-les-nourrissons-contre-la-meningite-b.html> (accessed August 24, 2025).

[35] Humez M, Le Lay E, Jestin C, Perrey C. Obligation vaccinale: résultats d’une étude qualitative sur les connaissances et perceptions de la population générale en France 2017;Bulletin épidémiologique hebdomadaire:12–20.

[36] DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Nouvelles obligations vaccinales méningocoques : Questions/réponses pour le grand public. Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-de-l-enfant/article/nouvelles-obligations-vaccinales-meningocoques-questions-reponses-pour-le-grand> (accessed August 24, 2025).

[37] santé publique. la vaccination du nourrisson contre les infections invasives à méningocoque de type B 2022.

[38] SPF. Sources d’information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l’action publique n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/sources-d-information-opinions-et-pratiques-des-parents-en-matiere-de-vaccination-en-france-en-2016.-vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees> (accessed August 24, 2025).

[39] SPF. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l’action publique n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/adhesion-a-la-vaccination-en-france-resultats-du-barometre-sante->

2016.-vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-actio
(accessed August 25, 2025).

[40] OMS, Fouda AAB, Kengne VFM, Adiogo D, Manga LJO. Refus et hésitation vis-à-vis de la vaccination anti-COVID-19 à Douala, Cameroun. *Pan Afr Med J* 2024;48:61. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.48.61.39880>.

[41] Aurore H-V. Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes 2024.

[42] Calendrier vaccinal : quels changements pour 2025 ? n.d. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16520> (accessed August 24, 2025).

Annexe 1 : guide d'entretien

Bonjour, je suis Samaille Grégoire, je suis médecin remplaçant en médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine, vous avez accepté de participer à mon étude s'intéressant au Vaccin contre la méningite B (le BEXSERO®). Depuis le 1^{er} janvier 2025, un élargissement obligatoire de la vaccination a été décrétée.

Cet entretien vise à évaluer la connaissance des médecins généralistes du Nord concernant la méningite B et d'analyser la pratique ainsi que le ressenti des médecins généralistes du nord concernant l'utilisation du vaccin contre la méningite B.

I) Caractéristique des médecins

Sexe : F : M :

Age : Ans

Mode d'exercice :

seul :

MSP :

Structure d'exercice coordonnée : ...

Lieu d'exercice : rural :

Urbain :

% de nourrisson, 0-24 mois dans la patientèle ? : % (approximativement)

II) Épidémiologie

- 6) Savez-vous combien de méningites, toutes causes confondues, surviennent chaque année en France ?
- 7) Connaissez-vous le pourcentage de méningites bactériennes sur l'ensemble des méningites annuelle en France ?
- 8) Concernant les méningites bactériennes à méningocoque, combien (en %) sont dues au méningocoque B chez les 0-24 mois ? Y et W ?
- 9) À votre avis, concernant la méningite B, quel est le % de létalité et le % de séquelle ?

III) Vaccins contre la méningite B

- 1) Avant l'élargissement de l'obligation vaccinale au BEXSERO®, vaccinez-vous déjà les nourrissons contre la méningite B ?
 - a. si oui, pourquoi,
 - b. si non pourquoi ?
- 2) Au vu de la morbidité, trouvez que l'obligation de la vaccination contre la méningite B auprès des nourrissons soit pertinente ? pour quelles raisons ?
- 3) Comment abordez-vous le sujet de la vaccination contre la méningite B avec les parents ? Au cours d'une consultation de suivi du nourrisson ? est-ce lors d'une consultation pour autre chose ?
- 4) Quelles informations pré et post vaccinations apportez-vous aux parents (effet secondaire) ? Recommandations, décès, séquelles, incidence des méningites) Est-ce que vous présentez le BEXSERO® aux parents avant de le prescrire ?

Si oui : quelles informations leur délivrez-vous ? leur donnez-vous des chiffres ? des exemples de séquelles / complications ? effets secondaires du vaccin ? préconisez-vous la prise de doliprane en systématique ?

Si non : pourquoi ? (Manque de temps, parents non intéressés ? non connaissance des chiffres par le MG)

- 5) Comment vous adaptez-vous si le patient à dépasser les dates recommandées (3-5-12mois) ? (En même temps qu'un autre vaccin ?)

Proposez-vous le BEXSERO® chez les nourrissons > 12 mois non vaccinés par le BEXSERO®? comment adaptez-vous le schéma vaccinal ? (Rattrapage ?)

- 6) Au-delà de 2 ans, que faites-vous ?

V. Frein et acceptabilité

- 7) Le fait que ce vaccin soit devenu obligatoire, est-ce une aide dans votre pratique
- (ex : temps d'explication, questionnements des parents, réticences des parents) ?
 - Cela rassure-t-il les parents ?
- 8) Trouvez-vous que les parents soient suffisamment informés concernant l'obligation vaccinale de leurs enfants ? comment pourraient-ils être plus informés ? pensez-vous suffisamment les informer ? sont-ils bien informés ? pensez-vous que cela les intéresse ? vous sentez vous suffisamment informés concernant les modifications de recommandations vaccinales ? selon vous, y a-t-il des adaptations à faire ?
- 9) Au final, Que pensez-vous de l'élargissement de la vaccination aux souches ACWY135 et B obligatoire depuis 1^{er} janvier 2025 ?
- 10) Pensez-vous que le calendrier vaccinal pourrait être amélioré ?
- si oui pourquoi et comment ?
 - si non pourquoi ?
- 11) Pensez-vous que d'autres pathologies infectieuses devraient avoir un vaccin obligatoire (beyfortus®?)

Annexe 2: Standards for reporting qualitative research (SRQR)

Titre et résumé		
Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé.	1
Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions.	11
Introduction		
Formulation du problème	Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.	12
But ou question de recherche	But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions	16
Méthodes		
Approche qualitative et de paradigme de recherche	Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; justification*.	18
Caractéristiques du chercheur et réflexivité	Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats.	
Contexte	Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification*	18
Stratégie d'échantillonnage	Comment et pourquoi les participants, les documents ou événements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification*	18
Questions éthiques relatives aux sujets humains	Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données	19
Méthodes de collecte des données	Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification*	18-19
Instruments et technologies de collecte de données	Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude	18-19

	*(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)Unités d'étude - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude ; niveau de participation (pourrait être indiqué dans les résultats)	
Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris la transcription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de l'intégrité des données, le codage des données et l'anonymisation/identification des extraits	20
Analyse des données	Processus par lequel des inférences, des thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris les chercheurs impliqués dans l'analyse des données ; fait généralement référence à un paradigme ou une approche spécifique ; justification*	20
Techniques visant à renforcer la fiabilité	Techniques visant à renforcer la fiabilité et la crédibilité de l'analyse des données (par exemple, vérification des membres, chemin d'audit, triangulation) ; justification*	20
Résultats		
Synthèse et interprétation	Principaux résultats (par exemple, interprétations, inférences et thèmes) ; peut inclure l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle, ou l'intégration avec une recherche ou une théorie antérieure	21-64
Liens avec des données empiriques	Éléments de preuve (par exemple, citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies) pour étayer les résultats de l'analyse	21-64
Discussion		
Intégration avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine	Bref résumé des principaux résultats ; explication de la manière dont les résultats et les conclusions sont liés à des travaux antérieurs, les soutiennent, les développent ou les remettent en question ; discussion du champ d'application/généralisation ; identification des contributions uniques à l'érudition dans une discipline ou un domaine	65-90
Limites	Fiabilité et limites des résultats	90-91
Autres		
Conflits d'intérêts	Sources potentielles d'influence ou d'influence perçue sur le déroulement et les conclusions de l'étude ; comment celles-ci ont été gérées	
Financement	Sources de financement et autres aides ; rôle des financeurs dans la collecte, l'interprétation et la communication des résultats	

AUTEUR : Nom : SAMAILLE **Prénom :** Grégoire

Date de Soutenance : 30 septembre 2025

Titre de la Thèse : Connaissance épidémiologique des méningites, pratiques et ressentis de la vaccination contre la méningite B par les médecins généralistes du Nord.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Thèse pour le doctorat en médecine

DES + FST ou option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : méningite à méningocoque, vaccin, épidémiologie, pratique des médecins généralistes, recherche qualitative, médecin généraliste

Résumé :

Contexte : Le calendrier vaccinal est en permanence mis à jour. Les médecins généralistes doivent faire face à un nombre important de vaccins à réaliser. A 12 mois, 3 vaccins sont à réaliser en une seule consultation. Le 1^{er} objectif est d'analyser les connaissances épidémiologiques afin de savoir si leur pratique est fondée sur leurs connaissances épidémiologiques ou par les recommandations. La 2^{ème} partie est d'analyser leur pratique et leurs ressentis à l'égard de l'élargissement de l'obligation vaccinale, notamment du BEXSERO®.

Matériel et Méthodes : Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de sept médecins généralistes du Nord ayant accepté de participer à cette étude après accord téléphonique. Les entretiens se sont déroulés du 31 janvier 2025 au 30 avril 2025. Cette étude est basée sur la théorisation ancrée.

Résultats : L'épidémiologie des méningites est parfois mal connue ou approximative mais l'ensemble des médecins interrogés reconnaissent la dangerosité potentielle de cette maladie, même si elle est souvent surestimée. La majorité des médecins généralistes interrogés déclarent ne faire que 2 injections à 12 mois, c'est l'injection du BEXSERO® qui est décalée à 13 mois par crainte d'effets indésirables accentués ou par habitudes. Le rattrapage chez les plus de 24 mois est parfois mal connue tout comme la gestion des effets secondaires. Les médecins interrogés ont une opinion positive à l'élargissement de l'obligation vaccinale du BEXSERO®, l'obligation peut être un levier facilitateur d'adhésion parentale car le terme « recommandé » peut être source de méfiance de la part des parents. Cependant, le lien de confiance joue un rôle primordial dans l'adhésion au calendrier vaccinal.

Conclusion : L'ensemble des médecins interrogés sont favorables à l'élargissement de l'obligation vaccinale du BEXSERO®, même s'il oblige le médecin à s'adapter aux contraintes logistiques, aux craintes parentales et aux évolutions des recommandations.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier ROBINEAU

Assesseurs : Madame le docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Madame le docteur Carine NDJIKI-NYA