

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1012

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 11 avril 2014

par FIQUET-PEUCH Jessie

**Les réticences des patients à la vaccination.
Approche du ressenti des patients.
Etude sur 3 vaccinations particulières.**

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Jordan BIREBENT

JURY :

Président : Monsieur le Professeur MASSIP Patrice

Assesseur : Monsieur le Professeur SAILLER Laurent

Assesseur : Monsieur le Professeur VIDAL Marc

Assesseur : Monsieur le Docteur BISMUTH Serge

Membre invité : Monsieur le Docteur BIREBENT Jordan

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD B.	Urologie	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. POURRAT J.	Néphrologie		
M. PRADERE B.	Chirurgie générale		
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLEF F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GERAUD G.	Neurologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GOURDY P.	Endocrinologie
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	Mme MAZEREUEW J.	Dermatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SAMII E.K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Patrice MASSIP

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Que ce travail soit pour moi l'occasion de vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Laurent SAILLER

Vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon travail en participant à ce jury.

Soyez assuré de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Merci d'avoir accepté de prendre part au jury, connaissant votre volonté à optimiser la formation des internes de médecine générale.

Monsieur le Docteur Serge BISMUTH

Merci à vous qui me faites l'honneur de juger de mon travail et qui accompagnez les internes tout au long de leur formation.

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Merci à toi de m'avoir suivi pour ce projet. Merci pour tous tes conseils et ta disponibilité bienveillante. Par ton engagement dans la médecine générale et ta rigueur dans ta pratique, tu m'as donné envie de suivre tes pas. Merci pour tout ce que tu m'as transmis.

Mes remerciements vont également :

A mes parents, pour m'avoir permis de suivre ma voie et m'avoir suivie tout au long de ce chemin. Vous m'avez toujours soutenue. Merci à vous. Sans vous rien n'aurait été possible.

A mes grands-parents, merci de m'avoir toujours considérée et aimée comme la « quatrième ». Merci d'être là.

A mes deux amours, merci d'être là au quotidien. Pierre, merci pour ton soutien et ton amour de chaque jour qui m'ont permis d'arriver jusque là aujourd'hui.

A toute la famille Ricros, notre famille locale, un très grand merci pour votre soutien inconditionnel. Tatie merci pour nos longues conversations et Tonton merci de m'avoir permis d'exercer mon futur métier.

Aux deux Sophie, merci pour votre enthousiasme, vos encouragements et votre motivation. Sophie et Eric merci pour la relecture.

A Doudou, mon parrain, Fanny et Alex, merci pour les relectures et la traduction.

Aux Docteurs Miquel, Birebent, Rocher et Sendra, merci pour votre encadrement et merci de m'avoir donné encore plus l'envie et le plaisir d'exercer la médecine générale.

A Vincent et mon Grand-Père toujours près de moi...

« On dit doucement, dans l'Europe chrétienne, que les Anglais sont des fous et des enragés :

-des fous, parce qu'ils donnent la petite vérole à leurs enfants pour les empêcher de l'avoir ;

- des enragés, parce qu'ils communiquent de gaieté de cœur à ces enfants une maladie certaine et affreuse, dans le but de prévenir un mal incertain.

Les Anglais, de leur côté, disent : les autres Européens sont des lâches et des dénaturés ;

-ils sont lâches en ce qu'ils craignent de faire un peu de mal à leur enfants ;

-dénaturés, en ce qu'ils les exposent à mourir un jour de la petite vérole ».

Voltaire. Lettre XI. Lettres philosophiques (1734)

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	p 3
2. MÉTHODE	p 7
3. RÉSULTATS	p 9
3.1. Les réticences communes à la vaccination	p 9
3.1.1. Intrusion d'un agent étranger	p 9
3.1.2. Un geste agressif ?	p 9
3.1.3. Choix éducatif parental	p 10
3.1.4. Manque de connaissance et approche critique des sources d'information	p 11
3.1.5. Méfiance envers l'industrie pharmaceutique et la classe politique	p 12
3.1.6. Principe de l'inégalité de l'individu	p 13
3.1.7. Les événements biographiques renforcent ou discréditent l'utilité vaccinale	p 14
3.1.8. Crainte des adjuvants	p 15
3.2. Les réticences au vaccin contre l'hépatite B	p 16
3.2.1. Historique de la polémique	p 16
3.2.2. Manque de connaissance	p 18
3.2.3. Peur des effets secondaires	p 18
3.2.4. Pression médiatique	p 19
3.2.5. Les non concernés	p 20
3.3. Les réticences au vaccin ROR	p 21
3.3.1. Historique de la polémique	p 21
3.3.2. Peur des effets secondaires	p 21
3.3.3. Manque de connaissance	p 22
3.3.4. Choix éducatif responsable	p 23
3.4. Les réticences au vaccin contre papillomavirus humain	p 23
3.4.1. Absence de recul	p 23
3.4.2. Peur des effets secondaires	p 24
3.4.3. Débat au sein de la communauté médicale	p 24
3.4.4. Vaccin qui aborde le thème de la sexualité	p 25
3.4.5. Moyens de prévention disponibles	p 26
3.4.6. Manque de connaissance	p 27

3.4.7. Sources d'information	p 27
4. DISCUSSION	p 28
5. CONCLUSION	p 32
BIBLIOGRAPHIE	p 33
ANNEXE 1 : VACCINATION : LA GRANDE ILLUSION	p 39
ANNEXE 2 : VACCINATION la goutte de vaccin qui fait déborder la seringue	p 40
ANNEXE 3 : Le blogue de Bickel	p 41
ANNEXE 4 : LE SAVIEZ-VOUS ? Des Papillomavirus à l'origine du cancer du col de l'utérus	p 42

1. INTRODUCTION

La vaccination est un instrument majeur de santé publique mais dont le mode d'action peut apparaître paradoxal. Elle consiste à protéger contre une maladie infectieuse une personne généralement encore non infectée, en lui administrant l'agent infectieux vivant inactivé ou des fragments de celui-ci. La définition du mot vaccin dans le Larousse est : « Substance d'origine microbienne (microbes vivants atténués ou tués, substances solubles) qui, administrée à un individu ou à un animal, lui confère l'immunité à l'égard de l'infection déterminée par les microbes mêmes dont elle provient et parfois à l'égard d'autres infections. »

Malgré son importance en termes de prévention primaire et de santé publique, la vaccination est actuellement particulièrement controversée. Les polémiques à propos de certains vaccins ont jeté un trouble auprès de la population concernant la politique vaccinale. La méfiance des patients est de plus en plus marquée. On retrouve une mise en opposition entre l'angoisse d'attraper une maladie et un vaccin dont la sécurité d'emploi est contestée dans les médias et la population générale. La liberté d'opinion et d'expression étant des droits aussi inaliénables que le droit de l'information, il est normal que surgissent régulièrement de nouvelles interrogations et que celles-ci soient médiatisées, quelles que puissent en être les conséquences, souvent graves : l'effondrement de la confiance du public, et de la couverture vaccinale.

Les publications sont parfois simplement à but polémique mais d'autres fois, il s'agit de publications très officielles avec pour but une gestion des risques qui sont alors reprises par les médias et présentées sous forme de controverses. Par exemple, la défiance s'est encore accrue lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a publié la liste des médicaments faisant l'objet d'une surveillance renforcée depuis le début de la commercialisation, liste comportant les deux vaccins contre le papillomavirus humain et celui contre les infections à pneumocoques. (1)

La politique vaccinale montre surtout son insuffisance par la faiblesse de la couverture vaccinale dans plusieurs domaines. Les principales difficultés sont rencontrées pour la vaccination contre l'hépatite B et celle contre la rougeole-les oreillons-la rubéole (ROR), dont les taux sont inférieurs aux autres pays. Ces taux sont insuffisants en regard des objectifs de santé publique.

La mesure de la couverture vaccinale est une action complexe, elle découle de trois types de sources :

- les données administratives, sous-produits d'obligations déclaratives fiables mais lentes
- les enquêtes ponctuelles et les enquêtes en population générale
- et les données de vente de vaccins qui ne donnent pas d'éléments sur les caractéristiques des personnes vaccinées notamment leur âge et le nombre de doses reçues.

Malgré cette difficulté de mesure, les défaillances de notre couverture vaccinale sont bien réelles et les couvertures vaccinales observées en France sont insuffisantes pour permettre le contrôle, voire l'élimination des maladies couvertes par les vaccins. Elles sont variables selon les vaccinations, les groupes de population et les territoires considérés.

La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'atteindre ou de maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés pour les maladies à prévention vaccinale, sauf la grippe. L'objectif était ainsi formulé : « maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83% à 98%) ». Parmi ces maladies on retrouve l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole. (2)

Le vaccin contre l'hépatite B a été au cœur de la plus importante des polémiques concernant la vaccination. À l'époque, son image a été fortement ternie. Aujourd'hui, on retrouve encore les traces de cette époque et l'opinion portée sur le vaccin contre l'hépatite B reste mitigée.

Les objectifs du plan triennal (2009-2012) de lutte contre les hépatites B sont d'augmenter la couverture vaccinale contre le VHB en s'appuyant sur les recommandations du calendrier vaccinal notamment pour les nourrissons, les enfants et les personnes exposées. (3)

Les données actuelles de couverture vaccinale montrent une augmentation de la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B (VHB) chez les nourrissons

- Les données des certificats de santé du 24^e mois montrent une augmentation régulière depuis 2004 (enfants nés en 2002) de la couverture vaccinale hépatite B « 3 doses » chez le nourrisson de 24 mois. Celle-ci était en 2008 (enfants nés en 2006) de 47% (3)

► Pour les enfants nés au-delà de 2006, les couvertures vaccinales sont estimées à partir des données de remboursement provenant de *l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires* de la CNAM- TS (Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs Salariés) . Elles montrent chez les enfants nés en 2007, 2008 et 2009 des couvertures vaccinales hépatite B «1 dose » de 27%, 60% et 75,9%. La forte augmentation chez les enfants nés en 2008 et 2009 est liée au remboursement du vaccin hexavalent en mars 2008. Cette augmentation est également observée pour la couverture hépatite B « 3 doses », mais un plus grand recul est nécessaire pour confirmer ces résultats. (3)

Concernant la vaccination ROR on est assez loin de l'objectif de 95%. Chez les nourrissons, la couverture est de 90 % à une dose et 60 % à deux doses. Le rattrapage est mal fait chez les adolescents et les adultes jeunes, qui représentent un réservoir important de personnes non immunisées.

En France, en 2007, le taux de couverture vaccinale de la première dose chez les enfants de 2 ans était en légère progression à 90,1% (en 2004 de 87,4%). Les données préliminaires de l'analyse des certificats de 2008 (enfants nés en 2006) montrent un taux de 89,1%.

L'analyse des données d'achats de ROR (données du GERS) et des données agrégées de remboursements de vaccins montrent une diminution des achats de ROR d'environ 20% en 2010 par rapport à 2009 et de 30% par rapport à la moyenne des achats des années 2006 à 2008. Cette tendance à la baisse, confirmée par les données issues de *l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires* (EGB), est uniquement observée chez les personnes âgées de 3 ans et plus, concernées par le rattrapage. (3)

Concernant la vaccination contre le papillomavirus humain, l'objectif de 95% ne s'applique pas. En revanche, l'analyse coût/efficacité a montré que pour des couvertures vaccinales inférieures à 60 %, la vaccination a un impact moindre sur le nombre de décès que l'organisation du dépistage. L'adjonction au dépistage du cancer du col de l'utérus, de la vaccination avec une couverture vaccinale élevée (80 %) chez les jeunes filles de 14 ans, aurait un impact épidémiologique significatif avec une réduction de la mortalité par rapport à la situation actuelle de 32,2 %. (4)

Selon les données de l'EGB au 31 décembre 2010, 45,6% des jeunes filles âgées de 15 à 17 ans avaient initié cette vaccination, 30,5% avaient reçu le schéma complet. Il apparaît cependant que, si les vaccinations ont bien été réalisées en accord avec les recommandations du Haut Conseil de la santé publique, la majorité des personnes immunisées correspond aux

populations de rattrapage (surtout 15-17 ans) et non au groupe cible choisi (jeunes filles de 14 ans en 2010 dont seulement environ 20% d'une tranche d'âge sont vaccinées). (3, 4)

L'objectif de ce travail était de comprendre quels peuvent être les perceptions, le ressenti des patients, des parents et leurs réticences à la vaccination. Nous avons souhaité, à travers les informations émises et relayées par le biais de blog et de sites quelles étaient les réticences et les obstacles diffusés auprès des patients et limitant l'atteinte des objectifs vaccinaux fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous avons cherché à comprendre quelles pouvaient être leurs craintes et leurs représentations sur la vaccination et quelle influence cela pouvait avoir dans la décision de se faire vacciner ou de faire vacciner leurs enfants.

Nous avons choisi trois vaccinations spécifiques :

- l'hépatite B car ce fut le dernier vaccin avec campagne de vaccination massive et ce vaccin a subi une forte polémique ;
- le ROR car nous sommes très loin des objectifs fixés par l'OMS en vue de l'éradication de la rougeole ;
- et la vaccination contre le papillomavirus humain car il s'agit d'une vaccination assez récente, ce qui permet d'avoir un aperçu du ressenti et de l'adhésion des patients face à la proposition d'une nouvelle vaccination.

2. MÉTHODE

Nous avons procédé à une revue non exhaustive de la littérature.

La recherche documentaire a été effectuée du 8 février 2013 au 30 mai 2013.

Elle s'est effectuée en deux temps. Dans un premier temps, nous avons consulté des données scientifiques puis nous avons consulté des données où les patients eux-mêmes s'exprimaient : blogs, sites Internet.

Nos critères d'inclusion étaient:

- articles, revues ou thèses traitant du ressenti des patients face à la vaccination
- articles, revues ou thèses recueillant les réticences à la vaccination rencontrées en pratique de médecine générale
- écrits en français ou en anglais
- publiés entre 2003 et 2012
- sites Internet, blogs de patients traitant de la vaccination
- consultés entre mars et mai 2013
- articles de journaux et de magazines traitant de controverse concernant la vaccination
- publiés entre 1998 et 2011

Nos critères d'exclusion :

- articles, revues scientifiques et thèses publiées avant 2003

Nous avons interrogé les bases de données : PubMed/Medline, Docadis, en utilisant les équations de recherche suivantes :

- *vaccin and refusal*
- *vaccin and fear*
- *vaccin and reluctance*
- *additive and vaccin*

Les publications éligibles ont été récupérées en version intégrale, et une première sélection d'articles à inclure a été établie. Nous avons considéré les références bibliographiques de cette première sélection d'articles (en excluant les publications déjà retenues) puis nous avons récupéré les articles éligibles.

Les données grand public ont été explorées à l'aide du moteur de recherche Google en utilisant les mots-clés suivants:

- *refus vaccin*
- *réticence à la vaccination*
- *peur vaccin*
- *adjuvants vaccins*
- *vaccin*
- *vaccination*
- *vaccin hépatite B*
- *vaccin ROR*
- *vaccin HPV*

À partir de ces recherches ont été consultés des sites où les patients exprimaient leur avis en sélectionnant les sites où des craintes et des réticences étaient perceptibles dans le discours.

Nous avons ensuite classé nos données selon les critères communs aux 3 vaccins étudiés puis selon les critères spécifiques à chacun des 3 vaccins de notre étude.

3. RÉSULTATS

3.1. Les réticences communes à la vaccination

3.1.1. Intrusion d'un agent étranger

Le discours montre une crainte que le vaccin ne déclenche la pathologie contre laquelle il devait protéger : « *contre nature* », « *nocifs* ». (5) La représentation de la vaccination reste pour un certain nombre d'individus un geste potentiellement à risque qui pourrait provoquer des maladies. Les détracteurs pensent ne pas savoir exactement ce qui est injecté.

3.1.2. Un geste agressif ?

« L'objet-vaccin » est considéré comme « *agressif* », « *douloureux* », « *violent* ». Ces notions sont d'autant plus marquées que l'on parle de vaccination des enfants car elles sont en opposition avec les notions de corps vulnérable, petit, en développement. Les parents ont peur des conséquences de l'injection du vaccin en lui-même et de ses adjuvants. Ce phénomène est plus marqué avec les vaccins plurivalents car ils craignent la coadministration de plusieurs souches : « *de plus on associe les vaccins DTP, DTPCoq... on cumule les toxiques et à partir de 6 mois ! A-t-on déjà vu un bébé de 6 mois avec le tétanos ?* ». (6)

La dangerosité supposée est majorée pour certains par l'immaturation du système immunitaire et du système nerveux ainsi qu'une barrière hémato-encéphalique perméable. Ils craignent que ces vaccins puissent provoquer des pathologies et des maladies auto-immunes. « *Une vaccination constitue toujours une agression qui laisse des séquelles même si elles ne sont pas visibles dans l'immédiat. Toutes les découvertes de l'immunologie moderne démontrent la supercherie vaccinale. Les anticorps magiques engendrés par les vaccins ne sont pas synonymes de protections. Par contre, l'empoisonnement du corps par le vaccin est certain.* » (7) Annexe 1

Cette théorie est parfois reprise et soutenue par des médecins. (6)

Il coexiste des notions beaucoup plus classiques comme la peur des piqûres et des aiguilles.

3.1.3. Choix éducatif parental

Des parents pensent qu'il est préférable de laisser agir les virus, cela étant considéré comme un « apprentissage de la vie ». Ils estiment que cela apprend à l'enfant à être malade. (8) Cette représentation inclut un tri fondé sur les représentations parentales des pathologies concernées par les vaccins. Certaines mères estiment important de faire le ROR à leur fille, craignant les conséquences de la rubéole sur une grossesse future ou encore un père accepte le ROR pour son fils à cause du risque de stérilité après les oreillons.

Ce choix sous-tend la notion de défense naturelle du corps. Renforcer son système immunitaire est devenu un argument marketing fort pour toutes sortes de produits. À l'heure où le « *bio* » est à la mode et prend de plus en plus de place, le « laisser faire la nature » participe à une sensibilité écologique qui a tendance à englober les vaccins, et tout ce qui n'est pas « *naturel* ». Dans des blogs de patients, on retrouve de longs discours disant qu'il est préférable de faire confiance à son immunité naturelle. L'idée se répand que, par la vaccination, l'immunité serait moindre que lorsque l'immunisation se fait naturellement. (9) « *Pour la plupart des pathos, je pense que c'est la faute de la science, de la médecine, on les a élevé, on les a chouchouté ces microbes et aujourd'hui elles sont là en pleine crise d'adolescence. (...)* » (9)

Sur Internet on retrouve de nombreuses associations qui prônent ces idées de choix responsable et de liberté de disposer de sa personne. L'association ALIS (Association liberté information santé) propose une « *pétition internationale contre les vaccinations obligatoires* » revendiquant déjà plus d'un million de signataires. (10)

D'autres associations réclament l'abolition des lois d'obligation vaccinale. Elles prêtent assistance et fournissent les documentations aux avocats qui défendent les patients qui adhèrent, comme la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations (LNPLV).

Ce concept de « choix éducatif » dépend aussi du sens de la collectivité des patients par rapport aux intérêts individuels. On trouve peu ce sentiment en France comparativement à d'autres pays. « *On m'a dit que les gens comme moi qui ne se faisaient pas vacciner, on était responsable de la recrudescence de rougeole (...). Mais je ne me sens pas coupable. Moi, je pense que la rougeole c'est pas très grave et que, ben le gamin il apprend à être malade aussi.* » (8)

3.1.4. Manque de connaissance et approche critique des sources d'information

Plusieurs études sur les vaccins retrouvent une méconnaissance des maladies cibles des vaccins, d'une part par la diminution de l'incidence, le manque d'expérience vécue de la maladie mais aussi par des noms commerciaux peu informatifs. Il existe une méconnaissance des principes de la vaccination et ce quel que soit le niveau socio-économique des interrogés.

L'engouement initial permet une augmentation rapide de la couverture vaccinale qui diminue donc l'incidence de la maladie dont le corps social perd alors la mémoire : « *DTPolio. Diphtérie je sais même pas ce que c'est (...). Je sais pas ce que c'est, la polio je sais pas non plus (...). Donc la rougeole, rubéole, oreillons. Non, même j'ai jamais vu de rubéole (...). Mais c'est moi, par méconnaissance peut-être (...). Et puis le nom des vaccins, on sait pas, euh, ce qu'il y a dedans.* » (8)

En général, c'est à ce moment où il commence à s'interroger sur des effets secondaires éventuels. Cela ayant pour conséquence une baisse de la couverture vaccinale et donc une réapparition de la maladie, comme cela s'est produit il y a quelques années en Grande-Bretagne pour la rougeole.

La promotion de la vaccination et des vaccins relève essentiellement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Face à ce dispositif institutionnel, le discours anti-vaccinal est grandissant et on le retrouve dans tout type de ressources documentaires. Ce mouvement anti-vaccinal se déploie en permanence et notamment sur Internet. Il est significatif de constater que lorsque l'on tape « vaccin » ou « info vaccin » sur le moteur de recherche Google, les sites qui apparaissent en premiers sont ceux des ligues anti-vaccinales se présentant comme informatives et aucun site public ne figure en première page. Il faut rechercher « calendrier vaccinal » pour que les sites publics soient bien représentés mais cette recherche est beaucoup moins intuitive. Par ailleurs, les sites publics comportent des informations très institutionnelles, sans aucun argument pour contrebalancer la propagande anti-vaccinale. Cela est d'autant plus dommageable que si les publics hostiles sont très minoritaires, ils utilisent souvent efficacement médias sociaux et forums pour diffuser allégations et rumeurs.

Le site « doctissimo », le principal site de santé français, enregistre près de 10 millions de visites par mois. Il abrite des forums anti-vaccinaux très actifs.

Les médias, quant à eux, privilégient le plus souvent l'instant et l'actualité autour de cas de suspicion d'effets indésirables, et instillent régulièrement le doute. La médiatisation de polémiques constitue ainsi une source d'angoisse.

Le médecin généraliste a alors un rôle majeur de conseils, d'informations, d'explications, d'éducation en matière de santé. Là encore, cela va dépendre de la confiance ou de la méfiance envers le corps médical.

3.1.5. Méfiance envers l'industrie pharmaceutique et la classe politique

L'INPES a, entre autres, pour mission la promotion de la vaccination et des vaccins, ses missions et ses modes d'intervention étant définis par les articles L.1417-1 et 2 du code de la santé publique. Les vaccins sont aussi promus par les laboratoires qui les fabriquent et ceci a tendance à majorer les réticences des personnes sceptiques car cela lui donne un aspect de « produit marketing ».

À propos du vaccin anti-HPV : « *J'ai l'impression que ça vient de sortir. Ça me fait un peu penser, je crois, que j'ai dit produit marketing. Tiens, on a découvert un vaccin au fait. N'oubliez pas de vous faire vacciner, c'est Noël. Un petit peu ce côté commercial.* » (8)

Certains patients pensent que les décisions de vaccination sont liées aux intérêts des firmes productrices, et que toutes leurs déclarations sont biaisées par l'attrait du gain financier. Les vaccins sont décrits comme un simple commerce : « *les vaccins sont devenus un commerce comme la plupart des médicaments et quand on remet en cause leur intérêt on tombe comme un dangereux individu qui va contre le progrès* ». (6)

Cette perception de l'industrie pharmaceutique peut alors faire naître la suspicion de liens possibles et de conflits d'intérêts entre les experts et les autorités de santé.

Cette notion est retrouvée dans un bon nombre de blogs de patients, certains allant même jusqu'à ajouter des illustrations : « *Depuis plus d'un siècle, le dogme vaccinal se maintient par le mensonge et la corruption. Les laboratoires pharmaceutiques financent les principaux partis politiques.* » (7, 17) Annexes 2 et 3

Sur les forums également cette suspicion de conflits d'intérêts est largement retrouvée : « *le reste n'est que propagande de vaccinophile ayant plus ou moins de conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique* », (9) certains devenant assez virulents lors de ces conversations : « *Il était une fois un ancien 1er ministre, devenu président, qui régnait sur le pays des droits de l'Homme, qui voulait le plus grand bien à son pays. Il avait des amis qui rachetèrent un laboratoire très réputé, (Pasteur), qui devait pour des raisons de rentabilité, modifier les adjuvants, par de l'aluminium, (Vous savez, comme dans les plats cuisinés, le*

bœuf par du cheval!), ce Président aimait beaucoup le Japon il y avait des amis et en particulier un japonais marié à une française, qui se présentait à la candidature de l'OMS. La crise qui régnait depuis des années, avec un déficit commercial, lui donna l'idée de rentabiliser au maximum les industries où le pays d'Astérix était encore très puissant. Il avait beaucoup d'amis dans ce que l'on appelait la "France à Fric ", qui pouvaient aisément peser dans la balance pour désigner le responsable à élire au sommet de l'Organisation qui œuvre pour le bien de la santé. Ceci réalisé, non sans casse au niveau de médecins honnêtes mais dissidents, on pouvait lancer de grandes campagnes de vaccinations, dans les années 90 avec l'hépatite B, puis la Grippe saisonnière, puis par la peur et la manipulation 90 millions de vaccins, furent commandés, avec SVP deux injections. La 2ème devant la dissidence fut annulée. Ce beau pays où l'on manipule les gens, a par ailleurs instauré des vaccins OBLIGATOIRES. (...) Ce sage homme avait également des amis, "ses apôtres", dont la famille avait quelques intérêts dans les "bienfaits" de l'humanité, sans arrière pensée bien sûr! Avec l'organisme mondial de la santé, il était impératif de dispenser les bien faits à toute la planète par des ONG, pour le plus grand bien de l'humanité tout entière!? Bien sûr , tout ceci fut fait, dans le plus grand désintéressement, des fabricants, des apôtres, des serviteurs des grandes organisations Nationales, dont le nom a récemment changé, (je ne me souviens plus AFS...ou quelque chose comme ça, avec un nouveau sigle ou siègent, les mêmes que dans l'AFS..... et qui travaillent également pour l'expertise de leurs amis fabricants. Entre amis quoi de plus normal! ». (6)

Cette réticence augmente encore lorsque les autorités de santé communiquent trop peu et ne répondent pas clairement aux interrogations des patients.

3.1.6. Principe de l'inégalité de l'individu

Chaque individu étant unique, il existe de principe une inégalité à la fois devant la maladie mais également devant les vaccins. Le risque de contracter la maladie est imprévisible et le risque de développer un effet indésirable du vaccin n'est pas mesurable à l'échelle de l'individu. La médecine et les études scientifiques en population générale ne peuvent évaluer ces risques individuels.

« Pourquoi est-ce que j'infligerai, si je puis dire, pourquoi j'imposerais ça (vaccin HPV) à ma fille dans l'hypothétique risque que dans 50 ans ou 30 elle développe une maladie ? Aussi bien elle ne développera jamais cette maladie. » (8)

« *Même si voilà, la médecine fait beaucoup d'études sur les réactions, sur vraiment ce qui peut se passer, après chaque personne peut-être va avoir quelque chose de latent ou va développer une réaction qu'elle sera la seule à développer.* » (8)

Cette singularité de l'individu rend donc nécessaire une étude balance bénéfice/risque dans la décision vaccinale opposant individu et collectivité.

3.1.7. Les événements biographiques ou bibliographiques renforcent ou discréditent l'utilité vaccinale

Les expériences personnelles ou de proches de maladies pour lesquelles il existe un vaccin, dont le vécu de bénignité ou de gravité influence la décision vaccinale. À propos de la rougeole : « *C'était pas très grave. C'était fatiguant mais y avait pas d'enjeu vital* » ou encore : « *J'ai mon cousin qui a une hépatite, (...). Des fois il a des crises. Alors il n'est pas bien, il est tout blanc, il est pâle. Donc ça a l'air un peu... c'est pour ça que j'ai...* ». (8)

L'exemple rapporté fréquemment est celui de la SEP imputée au vaccin contre l'hépatite B. Les jeunes parents ont une crainte des effets secondaires et se rappellent de la polémique du vaccin contre l'hépatite B. (13)

L'absence d'expérience vécue des maladies est source de méconnaissance et de difficulté pour les patients de décider de vacciner ou non leurs enfants ou eux-mêmes.

Concernant les événements bibliographiques, il y a aussi la différence entre les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés. Cette coexistence induit dans l'esprit du public un doute sur l'opportunité des seconds. L'absence d'obligation laisserait entendre qu'ils sont moins efficaces ou moins nécessaires.

Les médias, eux, ont tendance à entretenir les polémiques et relaient surtout les suspicions d'effets indésirables et d'autres éléments de thèses de ligues anti-vaccinales. Par exemple, *Le Monde* du mardi 12 juillet 2011 titrait « Premiers doutes sur le bien-fondé médical du vaccin Gardasil » avec comme relais en page intérieure « Le bénéfice du vaccin en termes de santé publique est remis en question ».

En réponse à cela, les autorités de santé semblent avoir une communication inadaptée avec notamment une justification des enjeux et une information insuffisante ainsi qu'une communication sur les effets indésirables inappropriée.

3.1.8. Crainte des adjuvants

La composition elle-même des vaccins peut faire peur. Certains patients avaient depuis longtemps la connaissance de l'utilisation d'adjuvants dans les vaccins et en avaient une certaine crainte. Quelques autres inquiets en ont pris connaissance au moment de la campagne de vaccination pour la grippe H1N1 ; le fait que certains patients étaient vaccinés avec un vaccin « sans adjuvants » a alors fait naître une plus grande suspicion. Ils souhaitent savoir précisément ce qui leur est injecté.

Parmi ces adjuvants, certains sont plus au cœur de la polémique : c'est le cas du mercure, du thimoséral, utilisés comme conservateurs dans les vaccins mais encore plus de l'aluminium qui suscite de nombreuses interrogations : « *le mercure est toxique, l'aluminium beaucoup moins, mais les deux ça devient une bombe* » (6)

« *Des sels d'aluminium, du mercure, des métaux lourds, dans les vaccins, c'est une catastrophe sanitaire annoncée, un génocide au sens propre et figuré.* » (6)

Ils considèrent que les doses accumulées dans chaque vaccin dépassent alors pour un individu les doses toxiques admises : « *les jeunes enfants peuvent se voir administrés jusqu'à 200 µg d'aluminium par kilo en l'espace d'une seule visite chez le pédiatre, soit 40 fois le seuil de sécurité admis* ». (6)

On retrouve même dans des forums, blogs ou discussions, des tableaux qui sont censés répertorier la teneur en aluminium de chaque vaccin. (6)

La crainte est que ces adjuvants et notamment l'aluminium soient responsables de nombreux effets secondaires : de simples effets secondaires locorégionaux, mais aussi des effets secondaires beaucoup plus graves tel que le développement de troubles musculo-squelettiques, de maladies neuro-dégénératives telle que la sclérose en plaque ou de démences telles que la maladie d'Alzheimer.

Certains médecins soutiennent cette théorie de la toxicité de l'aluminium. (18) On peut penser que cela a pour effet de renforcer doute et crainte auprès des patients et ce d'autant plus que lorsqu'ils en parlent, ils le font dans un langage scientifique, utilisant des notions de physiologie et des termes médicaux ce qui laisse penser aux patients une grande maîtrise du sujet.

Certains vont jusqu'à comparer la toxicité suspectée et avancée par les publicités des sels d'aluminium contenu dans les déodorants avec l'aluminium des vaccins. (6) D'autres font des comparatifs entre l'aluminium, le plomb et l'amiante.

Quelques patients expriment la potentielle toxicité de l'adjuvant par sa fonction. Ils prétendent que par son but de renforcement de la réponse immunitaire, les adjuvants favorisent le risque de développer des maladies auto-immunes.

Il est important de souligner que le Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale (GACVS) a étudié, à de nombreuses reprises, la question générale de l'innocuité des adjuvants. Rien n'indique, à l'heure actuelle, que les vaccins contenant de l'aluminium présentent un risque pour la santé ou qu'un changement des pratiques vaccinales actuelles soit justifié. (19)

Malgré cela, on retrouve des patients qui disent haut et fort que « *vacciner avec un vaccin contenant de l'aluminium est un acte médical risqué, que cette vaccination soit légalement obligatoire ou non* ». Ils réclament au nom de la liberté individuelle d'être informées sur les dangers potentiels mais également d'avoir le choix d'accepter ou de refuser, pour eux-mêmes et leurs enfants, une vaccination faite avec un vaccin contenant de l'aluminium. (18)

On retrouve ici la méfiance envers la classe politique et l'industrie pharmaceutique ; certains prétendent que ces adjuvants sont cautionnés pour favoriser la rentabilité des laboratoires : « *Les Français recommenceront à se faire vacciner quand l'industrie produira des vaccins sans adjuvants, certes un peu plus coûteux mais clairement avec des risques post-vaccinaux très diminués.* » (6)

3.2. Les réticences au vaccin contre l'hépatite B

3.2.1. Historique de la polémique

Le premier vaccin contre l'hépatite B est mis au point en 1976, son autorisation de mise sur le marché a lieu en 1981. Dès 1982, une circulaire de la Direction générale de la santé recommande la vaccination chez les professionnels de santé, puis en 1984, le vaccin est remboursé par la Sécurité sociale.

En 1991, la vaccination devient obligatoire pour les professionnels de santé et pour les étudiants se préparant aux professions médicales et paramédicales.

En 1994, le schéma vaccinal change, le remboursement se généralise. Une campagne nationale de vaccination des pré-adolescents (11-13 ans) en classe de sixième est décidée par le ministère de la Santé et menée par l'Éducation nationale. La forte médiatisation conduit alors à une rupture de stock.

À la suite de notifications de cas d'épisodes démyélinisants aigus chez des sujets récemment vaccinés, à l'Agence du médicament, une enquête de pharmacovigilance est mise en place. En 1995, un bilan de situation est établi par l'Agence du médicament qui modifie les précautions d'emploi du vaccin : « *toute stimulation immunitaire comporte un risque d'induire une poussée de sclérose en plaque chez les personnes atteintes de cette maladie* ».

L'année 1996 sera le début de la campagne médiatique grand public contre la vaccination hépatite B. La polémique prend de l'ampleur avec la médiatisation des effets indésirables. La principale critique porte sur la survenue de maladies démyélinisantes centrales, mais aussi sur les maladies auto-immunes ou les myofasciites à macrophages. Les autorités de santé confirment la bonne tolérance du vaccin et une campagne d'information est menée par le Comité français d'éducation pour la santé.

En 1997 et 1998, la campagne médiatique négative se poursuit avec une montée en puissance des ligues anti-vaccinales et des associations de victimes, puis on assiste aux premiers procès à l'encontre des laboratoires.

Le laboratoire SmithKline Beecham est condamné le 8 juin 1998 par le tribunal de grande instance de Nanterre à indemniser deux plaignantes souffrant chacune d'une SEP apparue alors qu'elles ont été vaccinées; le laboratoire fait appel.

Le parquet de Paris ouvre une information judiciaire pour homicide involontaire dans une affaire concernant l'hépatite B.

Au mois d'octobre, malgré les données favorables à la vaccination issues de nouvelles études, Bernard Kouchner, secrétaire d'état chargé de la santé suspend la vaccination des adolescents dans les collèges. Les recommandations de vaccination des sujets à risque, des nourrissons et des préadolescents sont maintenues mais dans le cadre de consultations individuelles.

Tous ces éléments entraînent un net ralentissement de la vaccination et surtout jettent le discrédit sur cette vaccination; cela est interprété par une partie du public comme la preuve que le vaccin est inutile voire dangereux.

Par la suite, plusieurs études (20,21) suggèrent des associations statistiquement significatives entre vaccination contre l'hépatite B et affections démyélinisantes conduisant à plusieurs reprises les experts nationaux et internationaux à se pencher sur la question (22, 23, 24). Ils ont alors conclu :

- que les éléments étaient insuffisants pour démontrer un lien de causalité ;
- le bénéfice de la vaccination est supérieur au risque chez les nourrissons, les enfants et les pré-adolescents, et même chez l'adulte appartenant à un groupe à risque.

Aujourd'hui en France et dans le monde, la vaccination contre l'hépatite B de tous les nourrissons et des enfants avant l'âge de 13 ans reste recommandée.

3.2.2. Manque de connaissance

Une étude qualitative conduite par le département de médecine générale de Saint-Étienne a interrogé des parents à propos de la vaccination contre l'hépatite B (26), elle a rapporté un manque de connaissance des parents mais sans aborder la compréhension de la décision vaccinale.

L'étude montre un manque de connaissance sur la maladie elle-même, sur ses complications et sur ses modes de transmission. (26)

Si certains patients savent que c'est une maladie virale qui atteint le foie, ils ne savent pas qu'elle peut se compliquer de cirrhose et de cancer. S'ils savent que c'est une maladie virale, ils font beaucoup d'erreurs sur les populations à risque, ils ne savent pas qu'elle peut se transmettre au sein d'une famille à partir d'objets de toilette d'un sujet porteur chronique de l'antigène HBs.

Une enquête d'opinion auprès de parents de nourrissons et de jeunes enfants en Aveyron en 2008, retrouve que la moitié des parents de cette étude pensent que l'hépatite B se transmet par transfusion, ce qui est très rare aujourd'hui en France grâce à la sélection de donneurs de sang et au dépistage systématique. En revanche, 60% des parents pensent que le virus de l'hépatite B ne se transmet pas de la mère à l'enfant au moment de l'accouchement, alors que le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au 6^e mois de grossesse. (11)

Les connaissances des parents sur l'intérêt de vacciner contre l'hépatite B les nourrissons et les jeunes enfants influencent la couverture vaccinale.

La plupart des parents ne savent pas qu'il est intéressant de vacciner nourrissons et jeunes enfants car le vaccin est efficace contre la maladie et pourrait à terme l'éliminer. Il confère une protection immunitaire de très longue durée et il permet d'éviter la maladie en cas de pratiques futures à risque qui peuvent débiter à l'adolescence.

3.2.3. Peur des effets secondaires

La vaccination contre l'hépatite B a donc, quelque temps après sa commercialisation, été discréditée par la polémique des années 1990, suspectée de provoquer ou de réveiller des pathologies graves. Le bénéfice de la vaccination était contrebalancé par la description d'effets indésirables tels que sclérose en plaque, syndrome de Guillain-Barré,

autisme... Cette polémique reste encore aujourd'hui fortement ancrée dans la mémoire du grand public.

Les médecins rencontrent des réticences chez les patients de façon habituelle, ceux-ci redoutant plus de 9 fois sur 10 une maladie déclenchée par la vaccination. La maladie la plus souvent citée est bien sûr la sclérose en plaque, puisqu'elle fut l'objet d'une importante couverture médiatique. (11)

Les effets secondaires potentiels de la vaccination contre l'hépatite B relevés par la pharmacovigilance sont les suivants :

- des réactions mineures locales au point d'injection : douleur transitoire, érythème, induration ; (27)
- des réactions générales mineures comme : des myalgies ; une fièvre passagère dans les 24 heures suivant l'injection ;
- des réactions générales graves, de façon exceptionnelle réaction d'anaphylaxie avec un risque de 1/100000. (28)

3.2.4. Pression médiatique

L'épisode de polémique contre ce vaccin a montré la montée en puissance des associations anti-vaccinales et l'impact des médias qui, à partir de rumeurs non fondées scientifiquement, ont engendré une psychose au niveau national contraignant les politiques à prendre des décisions contre l'intérêt de la santé publique. On ne retrouve aucun autre exemple dans la littérature de tel recul dans un programme de vaccination.

Une enquête réalisée par la Société française d'enquête par sondage-médical (SOFRES-médical) en avril 1997 a permis d'évaluer l'impact des médias sur le grand public en ce qui concerne les problèmes liés à la vaccination contre l'hépatite B. À la question « Comment avez-vous entendu parler de ces problèmes de santé ? », on voit que 63% des personnes interrogées ont eu connaissance des problèmes liés à la vaccination par les médias.

Les médias sont probablement soucieux d'alerter la population sur un nouveau danger, mais on peut aisément les soupçonner d'être attirés par l'audience que suscite ce genre de polémique. C'est ainsi que plusieurs journalistes de magazines à grand tirage se sont chargés de diffuser les informations auprès du public :

_L'Impatient : « Hépatite B : le vaccin catastrophe » octobre 1996

_L'Express : « Hépatite B : enquête sur un vaccin très controversé » avril 1998

Malheureusement, les journalistes étaient dépendants des interviews qu'on leur accordait et il s'agissait le plus souvent de protagonistes de la polémique que d'experts.

La campagne médiatique prenant alors des allures partisans, avec des témoignages, des opinions de différentes natures, les médias, les déclarations de firmes et autres, les gens ne savent plus qui entendre et écouter.

Parmi les nombreuses associations qui se créent à l'époque de la polémique, on peut prendre l'exemple de l'association : Réseau vaccin hépatite B (REVAHB). Cette association créée en 1997, se dit non anti-vaccins, comme beaucoup, dit que tous ses membres sont vaccinés et aurait pour but de recenser les effets secondaires du vaccin et de les faire enregistrer auprès de la pharmacovigilance nationale. Dès leur page d'accueil, on retrouve de grandes notions de la polémique de l'époque :

« La multiplication des observations recueillies et la médiatisation du problème ont ensuite permis à REVAHB de devenir l'acteur essentiel de la reconnaissance des effets secondaires graves liés à cette vaccination. (...) Nous demandons une reconnaissance de la réalité de ces aléas thérapeutiques et leur prise en charge par les instances officielles qui ont initié cette campagne de vaccination massive et excessive. Nous ne pouvons accepter que soient seulement indemnisée la centaine de victimes qui s'étaient vu imposer ce vaccin obligatoire du fait de leur activité professionnelle. Une liste des jugements favorables, pouvant faire jurisprudence, est disponible en ouvrant la page. » (29)

Au milieu de cette atmosphère trouble, les éléments juridiques avec plusieurs procès et des indemnisations de victimes (30) viennent renforcer le doute et sont vécus par le grand public comme une preuve de nocivité du vaccin contre l'hépatite B, preuve établie par la justice, d'où son poids au regard des gens.

3.2.5. Les non concernés

Certains parents pensent qu'il n'y a aucun intérêt à vacciner les nourrissons et les enfants car ils considèrent qu'ils ne sont pas des personnes à risque dans l'immédiat. Ils pensent que les modes de contamination de l'hépatite B font partie du monde adulte et non de l'enfance. Il est difficile de faire accepter à des parents un vaccin contre une maladie que le nourrisson à fort peu de risque de contracter à court terme.

Les patients réfléchissent souvent à titre individuel et il est parfois très compliqué de les faire réfléchir à l'échelon collectif.

Une majorité de parents ne savent pas qu'il est intéressant de vacciner nourrissons et jeunes enfants car le vaccin est efficace contre la maladie et pourrait à terme l'éliminer.

On touche ici la notion de fluctuation d'observance de certains patients, il est assez souvent compliqué d'obtenir l'adhésion de patients à des traitements ou à des vaccins lorsque le risque d'une maladie est éloigné.

3.3. Les réticences au vaccin ROR

3.3.1. Historique de la polémique

En 1995, l'association entre maladie de Crohn, l'autisme et la vaccination par ROR a été avancée par des chercheurs britanniques. (16)

Le rôle du vaccin ROR dans la survenue d'un autisme a été relayé en 1998 lors de la publication d'un article du *Lancet* (31) qui décrit 12 cas d'enfants autistes ayant été vaccinés par le ROR au Royaume-Uni. Ces enfants sont adressés à un gastro-entérologue londonien, le Dr Wakefield, pour investigation de symptômes gastro-intestinaux avec syndrome neurologique régressif ; selon l'anamnèse rétrospective des parents, les troubles auraient commencé peu après la vaccination. Les auteurs décrivent alors un enchaînement de mécanismes conduisant du vaccin ROR à l'autisme.

Les médias ont alors diffusé cette information auprès du grand public, en laissant croire que le lien de causalité était plausible. Aucune étude pharmaco-épidémiologique n'a pu reproduire ces résultats, ce qui a mis en doute l'honnêteté des données anglaises.

Des recherches ont montré plus tard qu'il n'y avait aucun lien entre autisme et vaccin ROR ; il a fallu plusieurs années et plusieurs publications pour mettre en évidence cette absence de preuve.

En 2010, le General Medical Council publie un rapport mettant en cause le Dr Wakefield, premier auteur de cette publication et montre que la description des cas dans la publication ne correspondait pas aux dossiers des enfants, le *Lancet* retire cet article de la littérature.

En 2011, un journaliste, Brian Deer, a publié l'histoire complète dans le *British Medical Journal* : en 1996, le Dr Wakefield a été mandaté par des avocats représentant un lobby anti-vaccin et ses travaux ont été financés. (6)

3.3.2. Peur des effets secondaires

Le vaccin ROR est à l'origine de craintes des patients et notamment de craintes des effets secondaires cela se retrouve dans les blogs de patients. Certains parents

redoutent que ce vaccin puisse provoquer des pathologies graves comme des syndromes de fatigue chronique ou encore des handicaps mentaux lourds et irréversibles par le biais d'une encéphalite voire d'une panencéphalite. (32)

On retrouve aussi, sur de nombreux sites, la peur de l'autisme et de maladies intestinales comme le supposait l'étude du Dr Wakefield. Un certain nombre de discours et témoignages s'appuient encore aujourd'hui sur cette étude et sur les divers propos tenus par le Dr Wakefield. (32, 33)

Une autre notion semble particulière à ce vaccin, c'est la crainte de développer les maladies pour lesquelles il confère une immunisation. En fait, de nombreux parents redoutent que le vaccin ne déclenche chez les enfants la rougeole ou les oreillons ; cette notion est beaucoup moins présente pour la rubéole. (34)

L'association de trois vaccins suscite également des angoisses. Certains parents pensent que cette association est à l'origine d'une stimulation immunitaire beaucoup plus importante et donc avec beaucoup plus de risques de développer des effets secondaires à type de pathologies graves chroniques. Cette inquiétude est majorée par le fait que certains ont l'impression de ne pas pouvoir choisir, et d'avoir ces trois vaccins en un qui leur sont imposés : *« Je ne pense pas que la vaccination unique pourrait amener une baisse des taux de vaccinations. (...) les parents devront pouvoir choisir la manière dont ils veulent protéger leurs enfants. Ce qui a précipité cette crise, ça a été la suppression du vaccin unique, la suppression du choix pour les parents et c'est aussi ce qui a provoqué leur colère. Les médecins, les gourous traitent le public comme s'il s'agissait d'une masse d'imbéciles qui ne sont pas capables de faire des choix éclairés pour eux-mêmes. »* (33)

3.3.3. Manque de connaissance

Le manque de connaissance concerne les pathologies cibles de ce vaccin.

Lorsque la rougeole, les oreillons et la rubéole sont évoqués, pour certains patients et surtout pour certains parents, elles font écho à des pathologies considérées comme peu graves. Ce manque de connaissance se retrouve concernant les pathologies elles-mêmes, mais surtout leur potentielle gravité. Ces maladies sont étroitement attachées à leur image de maladies infantiles bénignes : *« la majorité des générations qui nous ont précédé ont très bien vécu sans (le vaccin) »*. (33)

On ne trouve que très peu de patients qui connaissent les complications graves voire mortelles de ces trois maladies.

Certains ont la notion de « *complications à craindre* » sans avoir d'idées précises sur ce que sont réellement ces complications, mais ils ont aussi la notion de « *complications rares* » donc peu inquiétantes.

Certains mettent en balance des effets secondaires potentiellement graves du vaccin avec des maladies peu graves de l'enfance : « *Pourquoi faire subir à mon enfant une vaccination de plus pour des maladies infantiles telles que la rougeole, la rubéole et les oreillons qui sont bénignes ?* » (16) Mais leur balance bénéfice-risque est complètement erronée du fait de ce manque de connaissance.

3.3.4. Choix éducatif responsable

La rougeole, les oreillons et la rubéole sont donc, comme nous l'avons vu, considérés par beaucoup comme des pathologies bénignes de l'enfance. Ceci ouvre volontiers la porte à la notion de laisser faire la nature. Les parents pensent qu'il est tout aussi bien de laisser agir les virus afin de bénéficier d'une immunisation naturelle.

Certains considèrent cela comme un choix éducatif considérant qu'en laissant les enfants attraper ces maladies « bénignes » cela apprend aux enfants à être malades.

Exemple à propos de la rougeole : « *C'était pas très grave. C'était fatiguant mais y avait pas d'enjeu vital.* » (8)

« *Moi je préfère vivre la maladie (qq jours ou semaines de coconing à la maison avec le risque de complications rares si l'on est vigilant) que de faire subir des éventuelles conséquences à vie des effets secondaires de la vaccination. c'est un choix, quand on prend le temps de s'informer* ». (34)

3.4. Les réticences au vaccin contre le papillomavirus humain

3.4.1. Absence de recul

Les deux vaccins actuellement disponibles contre les papillomavirus humains sont très récents. Le Gardasil, quadrivalent qui protège contre les génotypes 6, 11, 16 et 18 du papillomavirus a été mis sur le marché en septembre 2006 et le Cervarix bivalent protégeant des génotypes 16 et 18 en septembre 2007. Cette nouveauté est à l'origine d'inquiétudes pour certains et surtout concernant l'innocuité: « *Ce qui m'a inquiété le plus c'est la jeunesse de ce vaccin. Et si dans cinq ans on se dit que c'était une erreur, je vais m'en vouloir d'avoir été un cobaye sur un nouveau concept.* » (13)

Certaines patientes pensent qu'à l'heure actuelle, le recul est encore insuffisant pour savoir s'il y a des effets secondaires ou même si le vaccin est efficace.

Ces points sont repris également dans le discours de quelques médecins généralistes. (35)

Les patients restent assez souvent réservés pour toutes les nouvelles thérapeutiques ; ils se rappellent de médicaments retirés du marché, de médicaments sous surveillance.

Certains regrettent d'ailleurs qu'il n'y ait pas plus d'informations de la part des autorités de santé. (36)

On retrouve donc ici, avec les vaccins contre les papillomavirus humains, un problème de méfiance dès qu'il y a un nouveau vaccin. (37)

3.4.2. Peur des effets secondaires

Les jeunes femmes et les mères se posent beaucoup de questions quant aux éventuels effets secondaires inhérents à cette vaccination. Elles craignent des événements indésirables à court et à long terme et citent fréquemment la polémique de la vaccination contre l'hépatite B. (13) Cette polémique est tellement ancrée dans l'esprit du grand public qu'elle ressurgit dès qu'il y a un nouveau vaccin qui est proposé. (36)

Certaines études qui interrogeaient des potentielles patientes concernées montrent que les patientes souhaitent des informations supplémentaires sur la tolérance de ce vaccin. (12) Par ailleurs, ce vaccin touchant au domaine de la gynécologie, on découvre une crainte qui lui est propre, qui est celle d'une stérilité à plus ou moins long terme après cette vaccination. (12)

Internet étant un moyen de communication actuel, toutes ces angoisses sont déjà immortalisées sur la « toile » ; dans les propos de jeunes filles interrogées on peut relever qu'elles ont trouvé sur Internet : « *des problèmes* », « *gravement malades* », « *des cas de décès* ». (12)

3.4.3. Débat au sein de la communauté médicale

On trouve dans la population médicale quelques réticents, quelques-uns qui émettent des doutes ou des interrogations à propos d'un ou de plusieurs points. Ceci ayant pour effet, évidemment, d'augmenter le doute dans l'esprit du grand public. Certaines mères, qui sont assez souvent décisionnaires pour cette vaccination mettent en avant cette divergence d'opinions entre les médecins pour la refuser. (13, 38)

Certains soulèvent le fait qu'elle ne confère pas une protection contre l'ensemble des génotypes de papillomavirus humains en cause dans le développement de cancer de col de l'utérus.

D'autres considèrent que cette vaccination a un coût trop élevé alors que le résultat est encore incertain. Ils expriment le fait que l'efficacité sur la prévention du cancer du col de l'utérus n'est encore qu'une supposition. (35, 36) Ils la trouvent d'autant plus chère qu'il est indispensable de poursuivre le dépistage par frottis cervical. D'autres pensent que pour cette raison, cette vaccination n'a pas d'intérêt du tout. (35)

Quelques médecins expriment la difficulté du fait du rapport très proche entre cette vaccination et la sexualité. Certains expriment la contrainte d'en parler en présence des parents et cela soulève donc pour eux un problème médico-légal.

Ils pensent que l'âge du vaccin est trop précoce pour aborder la sexualité. Ce problème s'est renforcé avec l'avancement de l'âge de vaccination à 11 ans dans le BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) du 19/04/2013. (39)

On voit donc qu'une partie de la communauté médicale s'interroge et hésite à adopter cette vaccination.

Des médecins généralistes, certains sous l'égide de l'URML Réunion défendent le droit à l'information médicale indépendante en réponse aux informations médicales diffusées par des intérêts commerciaux, ils ont lancé en mai 2008 la campagne appelée « Dé-Désinformation ». (40)

Devant ce débat, les patientes concernées réclament elles-mêmes, dans une étude réalisée pour une thèse, une homogénéisation de la parole médicale ; voire une intervention standardisée en milieu scolaire, comme pour le VIH. (12)

3.4.4. Vaccin qui aborde le thème de la sexualité

Cette vaccination a une connotation particulière puisqu'elle aborde le thème de la sexualité.

Pour les mères, l'âge de 14 ans (en 2010) semble trop précoce pour aborder la sexualité, et encore bien loin de toute expérience sexuelle. (13, 41, 42) Certains parents ne peuvent envisager que leurs enfants puissent avoir dans un proche avenir une vie sexuelle, mettant en avant certaines caractéristiques psychocomportementales ou physiques de leurs enfants.

Cet âge de 11 ans recommandé pour la vaccination est à l'origine de plusieurs types de sentiments et de craintes chez les parents et notamment chez les mères bien souvent décisionnaires. Quelques parents ne perçoivent pas du tout leur enfant comme à risque d'infection par le papillomavirus. Cela peut s'expliquer par l'appréhension du début de leur vie sexuelle mais aussi par la notion péjorative d'infection sexuellement transmissible. (43) Les maladies à transmission sexuelle sont associées à une stigmatisation sociale

Cette vaccination donne aussi à certains parents le sentiment de contrôler l'entrée, précoce, de leur fille dans la sexualité. Ils expriment des interrogations et des difficultés de réflexion assimilant cette décision à une approbation implicite que cela pourrait signifier pour leur enfant. (44) Certains craignent donc que le vaccin les encourage à la sexualité. (44) Par extension, certains parents redoutent que le vaccin ne donne aux jeunes filles un sentiment de protection surestimé et favorise alors les comportements irresponsables, notamment les comportements sexuels à risque. Des mères expriment même le fait qu'elles pourraient se sentir protéger contre le VIH car l'acronyme peut être trompeur : HIV versus HPV. (36)

Pour certaines familles, ce vaccin ne semble pas avoir d'utilité puisque, pour des croyances religieuses ou autres, elles respectent l'abstinence avant le mariage et prônent la notion de fidélité. Certaines adolescentes se disent non concernées car elles n'envisagent pas de rapports sexuels.

3.4.5. Moyens de prévention disponibles

Pour certaines patientes et mères de patientes, cette vaccination n'a que très peu d'intérêt car les moyens de prévention disponibles contre le cancer du col de l'utérus paraissent suffisants, et ce d'autant plus qu'elle assure une protection partielle. Elles pensent que la pratique régulière de frottis cervical et l'utilisation de préservatifs pourraient suffire à lutter contre le papillomavirus humain et le cancer du col de l'utérus. (13)

Certaines expriment différemment cette notion en prétendant que la vaccination n'a pas d'intérêt puisqu'il faut poursuivre le dépistage par frottis.

Quelques-unes soulèvent la problématique de la prévention primaire : « *pourquoi imposer un vaccin dont on ne connaît pas tous les effets secondaire dans l'hypothétique risque que dans 30 ou 50 ans elle développe une maladie ? Aussi bien elle ne la développera jamais.* » (12)

3.4.6. Manque de connaissance

Plusieurs études (12, 13, 45, 46) interrogeant les patientes et leur mère sur cette vaccination retrouvent un assez grand manque de connaissance sur le papillomavirus humain, sur le cancer du col de l'utérus mais aussi sur le dépistage par frottis cervical.

La plupart des personnes interrogées ne connaissent pas le nom « papillomavirus humain », son rôle dans la genèse du cancer du col de l'utérus est également mal connu. Certaines ignorent qu'il s'agit d'un virus sexuellement transmissible. (13)

Le cancer du col de l'utérus est source d'ignorance. Pour la plupart des personnes interrogées, il paraît peu mortel et peu fréquent. Il y a en effet un grand manque d'information sur la fréquence de ce cancer. Les patientes n'ont pour la plupart, pas la notion non plus qu'il touche les femmes jeunes. (42)

Une étude sur la représentation du vaccin contre le papillomavirus humain chez les adolescentes, en avril 2009 à Nice, a montré que la prévention secondaire par frottis cervical semble largement méconnue. (12)

Lorsqu'elles se rendent compte de ce manque de connaissance, les adolescentes réclament d'être informées. Elles émettent même l'idée d'interventions en milieu scolaire, qui leur permettent d'enrichir leur connaissance de façon ludique. (41, 12, 13) En réponse actuellement, on peut trouver des dépliants à but explicatif. Annexe 4

3.4.7. Sources d'information

Plusieurs études (13, 42) ont recensé les sources d'information des patientes qui sont par ordre décroissant :

- la télévision ;
- la presse quotidienne et féminine ;
- leur médecin généraliste et leur gynécologue ;
- leur pharmacien ;
- les amies.

Parmi toutes ces sources, la télévision semble largement prédominante. Or la campagne publicitaire réalisée par les laboratoires a donné, pour beaucoup un aspect de produit marketing à cette vaccination : « *J'ai vu les campagnes de pub comme tout le monde. C'était une campagne d'information médiatique purement commerciale encore une fois...* »

Certaines personnes ont même parlé de « *matraquage publicitaire* ». (13)

La médiatisation a donc posé un problème de crédibilité. L'implication des laboratoires

pharmaceutiques au sein de l'information fournie provoque de la suspicion sur la réelle utilité du vaccin.

Par ailleurs, le message de ces campagnes a parfois été ressenti de façon négative. Certaines y ont trouvé un côté beaucoup trop incitatif voire culpabilisant : « *J'ai vraiment ressenti : si vous ne protégez pas votre enfant, vous êtes une mauvaise mère.* » (13) D'autres ont eu le sentiment d'être manipulées par ces publicités. (12)

Certaines ont également décrit le sentiment d'être pressées par le temps, de ne pas pouvoir prendre le temps de la réflexion. (12)

Il faut ajouter à tout cela que dans les médias grand public, on retrouve des informations à caractère polémique. Quelques auteurs d'articles de quotidiens reviennent sur des discours critiques envers ce vaccin comme dans *Le Monde* paru le 12 juillet 2011 qui titrait : « *Premiers doutes sur le bien-fondé médical du vaccin Gardasil* » avec en relais en page intérieure : « *Le bénéfice du vaccin en termes de santé publique remis en question.* » Ce quotidien avait déjà présenté un article à caractère négatif le 9 juillet 2008.

Ou encore le quotidien *20 minutes* qui sur son site Internet publie le 10 octobre 2011 : « *Cancer : Le Gardasil, un vaccin à l'effet boomerang* » avec en titre de l'article : « *Le taux d'effets secondaires graves de ce vaccin contre le cancer du col de l'utérus est élevé...* »

Ce type d'information polémique tout public, bien que minoritaire, a pu favoriser des sentiments de méfiance et d'hésitation concernant la décision vaccinale.

4. DISCUSSION

Les réticences des patients à la vaccination sont principalement le fait d'un manque de connaissance.

Ce manque de connaissance est global. Il recouvre les champs de la vaccination elle-même, et celui des pathologies cibles des vaccins, leurs physiopathologies et leurs complications.

Nous avons retrouvé dans notre travail que ce manque d'information est à l'origine de fausses idées, de craintes et de représentations qui deviennent un obstacle à la vaccination.

Notre travail comporte certaines limites, notamment le caractère non exhaustif de notre revue de littérature. Notre choix méthodologique était volontaire afin de capter au plus près les déclarations des patients.

Les données grand public présentent un biais qui est de sélectionner des personnes utilisant Internet et se connectant sur des forums ou des blogs.

Notre travail présente également des forces, car il a cherché à recueillir le ressenti des patients en regardant ce qu'ils disaient de façon spontanée sur la vaccination.

L'absence de présélection de patients soit par le fait d'une participation à une étude, soit par le fait d'une consultation médicale a permis de recueillir à la fois les propos de patients qui consultent régulièrement mais également ceux de plus réticents.

Le biais de sélection de patients utilisant Internet et se connectant sur des blogs et des forums est atténué par l'utilisation de données interrogeant des patients au travers d'études et avec lesquelles une partie de nos résultats sont concordants.

La méconnaissance des pathologies cibles des vaccins est un élément fondamental de la réticence des patients à la vaccination.

L'hépatite B est une maladie qui reste mal connue des patients, ses modes de transmission sont flous dans l'esprit du grand public qui ne connaît pas les populations à risque. Et de ce fait, il est très difficile pour les patients d'envisager leurs propres enfants comme potentiellement contaminés. Très peu de patients savent que c'est une pathologie qui peut se compliquer de cirrhose et de cancer. Ce résultat est concordant avec d'autres études de type travail de thèse. (25, 26)

La rougeole, les oreillons, la rubéole restent fortement attachés à leur image de maladies infantiles bénignes. Le manque de connaissance sur les pathologies et sur leurs complications est flagrant. Considérant ces pathologies comme peu dangereuses, comme des maladies de l'enfance qui apprennent à leurs enfants à être malades, les parents ont des difficultés à comprendre l'intérêt de la vaccination.

La méconnaissance de l'infection par les papillomavirus humains que nous avons observée est encore plus marquée et a été retrouvée dans plusieurs études. (12, 13, 42, 45, 46) Les lacunes touchent tous les domaines : la contamination, l'infection, la physiopathologie, la pathologie et les moyens de prévention disponibles. Le virus en lui-même est très peu connu, les patientes ne savent pas qu'il s'agit d'un virus sexuellement transmissible. Son rôle dans la genèse du cancer du col de l'utérus est tout aussi flou. Le cancer du col de l'utérus semble marqué par l'image d'un cancer peu fréquent et peu mortel, la plupart des patientes ne savent pas qu'il touche des femmes jeunes. Il est également très surprenant et décevant de découvrir que beaucoup ne connaissent pas le frottis cervical ou encore ne savent pas à quoi il sert.

La vaccination contre le papillomavirus ayant la particularité de toucher au domaine de la gynécologie, cela est un obstacle très net que nous avons retrouvé est celui d'aborder la sexualité avec des adolescentes ou des préadolescentes et surtout avec leurs parents.

N'ayant pas conscience de cette potentielle dangerosité des pathologies et ayant beaucoup plus facilement accès à des informations négatives contre la vaccination, il semble logique que la vaccination soit parfois difficile à accepter de la part des patients.

Il y a donc un manque de connaissance de ces pathologies pour lesquelles l'apprentissage et les explications pourraient avoir un bénéfice en termes de vaccination. Les patients eux-mêmes lorsqu'ils se rendent compte de ces lacunes demandent à être informés.

Concernant la vaccination et le geste vaccinal en lui-même, nous avons retrouvé un profond manque de connaissance et de nombreuses idées erronées. Les patients ont parfois peur que le vaccin ne déclenche la maladie dont il protège. Cette idée est surtout retrouvée pour le ROR.

Nous relevons une mauvaise connaissance de ce qu'est le système immunitaire et donc des difficultés à comprendre le mécanisme vaccinal. Les patients craignent que cela ne soit une trop forte stimulation de leur système immunitaire et que cela le perturbe, et déclenche des pathologies. Cette croyance est encore plus marquée lorsque l'on parle de vaccination des enfants, car ils considèrent que chez eux le système immunitaire est encore plus vulnérable car encore en développement. Cette notion est plus forte en cas de vaccins multivalents.

Nous retrouvons parfois un discours d'allure plus raisonné, mettant en avant que chaque individu est unique et que les effets secondaires d'un vaccin sont difficiles à prévoir à l'échelon individuel. Cela peut s'entendre et bien que les effets secondaires graves soient exceptionnels, et il est important de garder à l'esprit que la vaccination est un acte médical et ne doit pas être banalisée. Comme pour toute prescription, il est toujours important de tenir compte des antécédents du patient et des contre-indications du vaccin.

Certains pensent que l'immunité que confère un vaccin est bien moindre que l'immunisation naturelle, et ayant une mauvaise connaissance de la potentielle gravité des maladies, ils pensent qu'il vaut mieux laisser faire la nature et « bénéficier » d'une immunisation naturelle.

La composition des vaccins véhicule un grand nombre de fausses idées et croyances, les adjuvants font parfois plus peur que le vaccin. Certains patients revendiquent la toxicité de ces adjuvants, à la fois par leur nature : mercure, aluminium mais également par leur fonction. Jusqu'à présent toutes les études effectuées sur le sujet sont tout à fait rassurantes. Ici également, on voit que la méconnaissance du système immunitaire et de la nécessité des adjuvants pour vacciner est à l'origine de réticences. Certains vont jusqu'à évoquer des suspicion d'empoisonnements avec ce qui leur est injecté.

À côté de ce manque de connaissance qui touche à plusieurs domaines, nous avons vu que les principales sources d'informations des patients étaient donc les médias, la presse et Internet. Il est dommage que, sur un sujet tel que la vaccination, le médecin généraliste n'ait une place que derrière ces différentes sources. Ce, d'autant plus que nous avons vu que bien souvent les informations qui sont mises en avant par les médias et la presse sont surtout des informations à caractère polémique. Les « anti-vaccin » et les ligues anti-vaccinales utilisent ces différents moyens de communication pour mettre en avant le lobby des laboratoires, ils cherchent à mettre en exergue des conflits d'intérêts afin de disqualifier le discours. Ils utilisent les données réelles d'un vaccin et les généralisent à tous les vaccins. Quant aux spots publicitaires diffusés à la télévision et à la radio, ils ont souvent été mal perçus par le public donnant à certains vaccins et notamment au Gardasil, un aspect de produit marketing permettant essentiellement au laboratoire de faire des bénéfices.

Il nous semble que les autorités de santé ont une mauvaise communication en termes de vaccination, comme nous l'avons observé sur Internet. Il est aberrant de voir que, lorsque l'on cherche à s'informer sur la vaccination de façon très simple, les ligues anti-vaccinales et autres propos de personnes réticentes à la vaccination sont nettement mieux répertoriés que les recommandations officielles. Face à cela, les sites Internet des autorités de santé donnent des informations assez institutionnelles et peut-être pas suffisamment accessibles à tout public.

Une meilleure communication à la fois pour faire connaître les pathologies et la vaccination apporterait donc très certainement un bénéfice en termes de vaccination. Il serait très opportun selon nous de trouver des moyens de faire connaître réellement les pathologies et leurs risques aux patients.

Il serait bien évidemment préférable que les informations concernant la vaccination soient beaucoup plus accessibles au grand public. Internet étant un moyen de communication actuel et très utilisé de nos jours, les recommandations officielles devraient y être beaucoup plus accessibles pour tous. Ces informations devraient être mises en avant et facilement compréhensibles pour contrebalancer les discours anti-vaccinaux qui sont de plus en plus représentés et bien souvent de plus en plus virulents.

Le Gardasil est à l'origine d'une nouvelle polémique non relevée dans nos résultats car en dehors de notre période de recueil des données.

5 CONCLUSION

Les taux de vaccination en France sont pour certains vaccins et, notamment pour les vaccins recommandés, bien inférieurs aux taux préconisés par l'OMS. Nous avons au travers de ce travail cherché quelles sont les réticences des patients à ces vaccins conduisant à un tel frein à la vaccination. Nous avons recensé leurs craintes au travers d'une revue de la littérature, mais nous avons également cherché à découvrir quelles pouvaient être leurs peurs et leurs croyances en allant consulter directement leurs discours au travers de blogs et de forums.

Nous avons retrouvé un profond manque de connaissance des patients concernant la vaccination et les pathologies cibles des vaccins. Nous avons également découvert que parallèlement à ce manque de connaissance, il y avait un profond problème d'information. En effet, les patients ont essentiellement accès à des informations soit erronées soit à caractère polémique. Les données scientifiques sont difficilement accessibles au grand public, soit du fait d'une mauvaise lisibilité, soit du fait d'un caractère beaucoup trop institutionnel.

Il est donc essentiel de leur donner les moyens de faire une balance bénéfice-risque adaptée à la réalité individuelle et collective, nécessitant d'améliorer leur notion sur les maladies cibles des vaccins et sur la vaccination en général. L'amélioration des objectifs vaccinaux passe donc incontestablement par une meilleure information des patients et par une meilleure communication avec eux par de nouveaux moyens de diffuser les informations afin qu'elles soient plus accessibles et mieux représentées.

Il nous semble nécessaire que le médecin traitant reprenne toute sa place de conseil en la matière et bénéficie d'une ressource adaptée d'information à délivrer, objective et indépendante, issue des autorités de santé.

Il serait donc très opportun de réfléchir à des stratégies éducatives individuelles et collectives. Faut-il prévoir des interventions en milieu scolaire ? Ou encore ne serait-il pas bénéfique de mettre à disposition des médecins généraliste des outils éducatifs simples accessibles à tous ?

Toulouse le 28.02.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Rangueil

D. ROUGE

Vu le Président
de Thèse

Professeur Patrice MASSIEU
Praticien Hospitalier

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
CHU TOULOUSE - Hôpital PURPA
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

BIBLIOGRAPHIE

- (1) AFSSAPS. Médicaments et classes de médicaments faisant l'objet d'une surveillance renforcée depuis le début de la commercialisation.
<http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2>
- (2) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel de la République française, 11 août 2004.
- (3) Ministère chargé de la santé, Direction générale de la santé. *Mobilisons-nous pour la vaccination*. Conférence de presse du 22 avril 2011 de la semaine de la vaccination.
- (4) Direction générale de la santé, comité technique des vaccinations. *Guide des vaccinations. Vaccination contre les infections à papillomavirus humains*. Édition 2012.
- (5) Canasse S., Siegrist C.A., *Peur des vaccins : quels déterminants ? La Revue du praticien de médecine générale* supplément au N°866. Septembre 2011. p 5-7.
- (6) Anonyme. Egora.fr. *Vaccins : plaidoyer pour un retour à la raison*. Commentaires. 27 février 2013. Consulté le 18 mars 2013. <http://www.egora.fr/sante-societe/politique-de-sante/159051-vaccins-plaidoyer-pour-un-retour-a-la-raison>
- (7) Bickel R. Le blogue de Bickel. *Vaccination, la grande illusion*. Consulté le 20 février 2013. <http://www.bickel.fr>
- (8) Amouyal M., Vallart M., Bourrel G., Oude-Engbering. *Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative*. Exercer 2013 ; 105 :12-9.
- (9) Anonyme. Doctissimo. Forum santé : *refus de vaccination*. Consulté le 20 février 2013. <http://forum.doctissimo.fr/sante/vaccination/refus-vaccination>

- (10) ALIS. *Pétition pour une clause de conscience*. Consulté le 17 avril 2013.
http://www.alis-france.com/actions_petition.php
- (11) Rols C. *L'hépatite B et sa vaccination : le point de vue des parents*. Enquête d'opinion auprès de 144 parents de nourrissons et de jeunes enfants en Aveyron. Thèse de doctorat en médecine générale. Toulouse : université Paul Sabatier. 2008. 131 p.
- (12) Raynaud E. *Représentation de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains chez les jeunes patientes : étude qualitative par la méthode des groupes focalisés*. Thèse de doctorat en médecine générale. Nice : université de Nice. 2009. 100 p.
- (13) Benovici N. *Représentation de la vaccination contre les papillomavirus humains chez les mères d'adolescentes*. Étude qualitative par la méthode des groupes focalisés. Thèse de doctorat en médecine générale. Paris : université Pierre et Marie Curie - Paris 6. 2010. 86 p.
- (14) Mandin L. *Perception de la vaccination contre le papillomavirus humain : une enquête chez les adolescentes en classe de 3^{ème}*. Thèse de doctorat en médecine générale. Nantes : université de Nantes. 2009. 39 p.
- (15) Lerais I. *Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour des Human papilloma virus, France Alpes-Maritimes, 2009 BEH n°11 mars 2010*. p 97-100.
- (16) Galinier M. *Vaccination en France : un sujet qui inquiète. Controverse autour de 3 cas : Hépatite B Méningite à méningocoque Rougeole-Oreillons-Rubéole*. Thèse de doctorat en pharmacie. Toulouse : université Paul Sabatier. 2003. 107 p.
- (17) Anonyme. Spiritsoleil. *Vaccination : la goutte de vaccin qui fait déborder le seringue !* Consulté le 21 février 2013.
<http://www.spiritsoleil.com/actualite/sante/liberte-vaccination.htm>

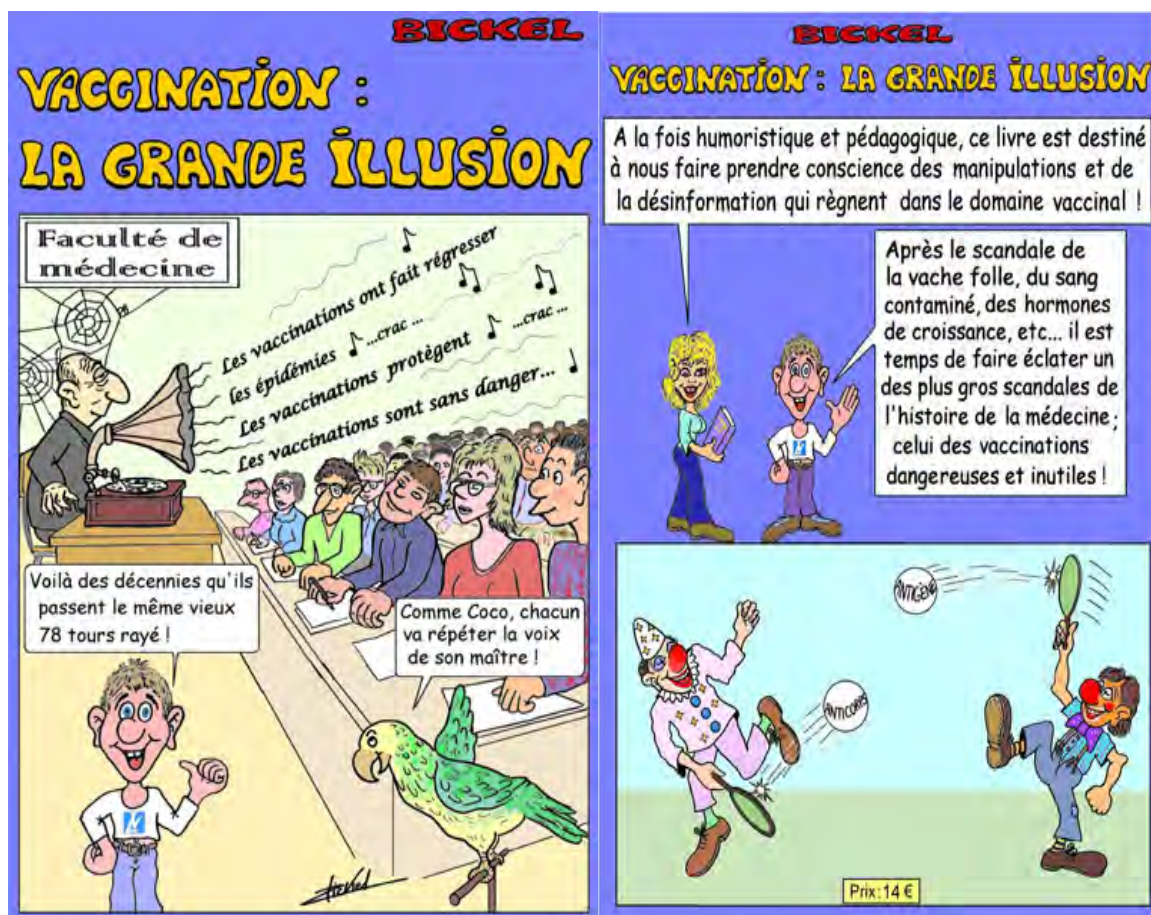
- (18) Pilette J. *Aluminium et vaccins*. 21 mars 2009. 162 p. Disponible gratuitement sur Internet à l'adresse suivante : <http://alis-france.com>
- (19) Global Advisory Committee on Vaccine Safety. *Report of meeting*. 6-7 june 2012. 7 p.
- (20) Hernan M.A., Jick S.S., Olek M.J. et al. *Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis : a prospective study*. *Neurology*. 2004. p 838-842
- (21) Mikaeloff Y, Caridage G, Tardieu M et al *Hepatitis B vaccine and risk of CNS inflammatory demyelination in childhood*. *Neurology*. 2008.
- (22) Denis F et Debrock C. *Politique et calendrier vaccinal dans la lutte contre l'hépatite B*. *Méd. Et Mal. Infectieuses*. 2003. 33 (supplément A) : p 61-66.
- (23) Brodin M., Benichou J., Boelaert M. et al. Réunion de consensus. *Vaccination contre le virus de l'hépatite B*. ANAES, INSERM, texte des recommandations. Paris 2003. p 1-17
- (24) Vaccination contre le virus de l'hépatite B : *résumé des débats de la commission nationale de pharmacovigilance du 30 septembre 2008*. Afssaps. 2008. p 1-5.
- (25) Chambon G., Charles R. *Vacciner contre l'hépatite B ? ce qu'en disent des parents et des médecins de l'agglomération stéphanoise*. *Médecine*. 2011. p 333-337
- (26) Bost E. *L'hépatite B et sa vaccination : évaluation prospective des pratiques professionnelles dans une population de médecins généralistes du Tarn et au sein du réseau « HEPATITE 31 »*. Thèse de doctorat en médecine générale. Toulouse : université Paul Sabatier. 2005. 136 p.
- (27) Duclos P. Pharmacovigilance des vaccins contre le VHB : système de recueil et de gestion des données de l'OMS. *Réunion internationale de consensus sur la vaccination contre le virus de l'hépatite B* : Textes des experts. ANAES, INSERM. Paris. 2003. 176 p.

- (28) La revue Prescrire. *Limiter le risque d'hépatite B. Troisième partie : ne pas majorer les effets indésirables généraux des vaccins contre l'hépatite B.* Revue Prescrire. Novembre 1999. 19(200). p 760-764.
- (29) Anonyme. Association Réseau vaccin hépatite B : REVAHB. Page d'accueil. Consulté le 24 février 2013. <http://www.revahb.fr>
- (30) Houselstein T. *À propos d'une éventuelle relation de cause à effet entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaque.* Veille juridique. Hygiène 2001. Volume 9. 4 : 252.
- (31) Wakefield A., Murch SH., Anthony A. et al. *Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non specific colitis and persuasive developmental disorder in children.* Lancet 1998. 351 : p 637-641.
- (32) Anonyme. Association initiative citoyenne. *Vaccin ROR : communication frauduleuse de l'INPES aux médecins ?* Consulté le 28 février 2013. <http://www.initiativecitoyenne.be/article-vaccin-ror-une-communication-frauduleuse-de-l-inpes-aux-medecins-106569539.html>
- (33) Wakefield A. Pourquoi je dois aux parents de m'être interrogé sur le triple vaccin (ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole). Overblog. Publié le 10 février 2002. Consulté le 28 février 2013. <http://expovaccins.over-blog.com/article-pourquoi-je-dois-aux-parents-de-m-etre-interroge-sur-le-triple-vaccin-ror-rougeole-rubeole-oreill-117193518.html>
- (34) Anonyme. Parents. Infobébés. *FORUM Mon bébé» Santé / maladies infantiles » Vaccin ROR et effets secondaires.* Publié le 12 octobre 2007. Consulté le 24 février 2013. http://forum.infobebes.com/Mon-bebe/Sante-maladies-infantiles/vaccin-effets-secondaires-sujet_150192_1.htm
- (35) Picard-Meliani C. *Les freins à la vaccination anti-papillomavirus en médecine générale.* Thèse de doctorat en médecine générale. Paris : université Pierre et Marie Curie. Paris 6. 2010. 94 p

- (36) Berthezene Paggi C. *Opinion et attitude des médecins généralistes à propos de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains*. Étude qualitative par la méthode des entretiens individuels. Thèse de doctorat en médecine générale. Nice : université de Nice. 2010. 118 p.
- (37) Moulin P. *Les freins à la vaccination contre le papillomavirus : enquête auprès de 85 médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. Thèse de doctorat en médecine générale. Toulouse : université Paul Sabatier. 2011. 80 p.
- (38) De Chazoune P., Foucras P. *Contre la désinformation médicale : la Désinformation*. Revue Prescrire. 2009. 29, 304. p 152-153.
- (39) Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 19 avril 2013. N°14-15. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>
- (40) URML. DDI. <http://www.urml-reunion.net/ddi/index-ddi.html>. Consulté le 3 mars 2013.
- (41) Regnier N. *La vaccination contre le papillomavirus : obstacles et solutions. Point de vue des adolescentes*. Étude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat en médecine générale. Paris : université Paris Diderot Paris 7. 2010. 44 p.
- (42) Mandin L. *Pereption de la vaccination contre le HPV : une enquête chez des adolescentes de 3^{ème}*. Thèse de doctorat de médecine générale. Nantes : université de Nantes. 2009. 51 p.
- (43) Ringard A. *Vaccination contre les papillomavirus humains : Nouvelle perspective pour la prévention du cancer du col de l'utérus ; Enquête pharmaco-épidémiologique sur l'acceptabilité de la population nantaise vis-à-vis du vaccin*. Thèse de doctorat en pharmacie. Nantes : université de Nantes. 2008. 82 p.

- (44) Berger-by A. *La vaccination contre le papillomavirus en médecine générale : audit de pratique auprès de 36 médecins généralistes*. Thèse de doctorat en médecine générale. Toulouse : université Paul Sabatier. 2008. 83 p.
- (45) Blake DR., Weber BM., Fletcher KE.. *Adolescent and young adult women's misunderstanding of the term Pap smear*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004. 158. p 966-970.
- (46) Dell D, Chen H, Ahmad F, Stewart D. *Knowledge about human papillomavirus among adolescents*. The American college of obstetricians and gynecologists. 2000. 5 part 1. p 653-656.

ANNEXE 1 : VACCINATION : LA GRANDE ILLUSION



Source : Le blogue de René Bickel :

<http://www.bickel.fr/nouveausite/indexfr.php?page=op4kzbth&id=42>

ANNEXE 2 : Vaccination la goutte de vaccin qui fait déborder la seringue

VACCINATION

la goutte de vaccin qui fait déborder la seringue!

Alors que dans d'autres pays européens la vaccination n'est pas obligatoire et reconnue, par les scientifiques, comme pouvant être dangereuse, le gouvernement vient de faire voter à l'assemblée (le 10 janvier dernier) - sous la pression des laboratoires pharmaceutiques- un texte liberticide et dangereux qui assimile le refus de vaccination à un acte criminel passible de 6 mois d'emprisonnement et 3750 euros d'amende . Il y a urgence à contacter votre sénateur pour tenter de faire rejeter les alinéas iniques.

Projet de lettre à expédier à votre sénateur:

Monsieur le Sénateur Je vous écris à propos du projet de loi qui stipule que: "le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination prévues aux articles L.3111-2, L.3111-3 et L. 3112-1 ou d'en entraver l'exécution est puni de 6 mois d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende". Je me joins à la vague nationale de protestation émanant de compatriotes éveillés de tous bords: "Comme de nombreux parents, nous sommes abasourdis par de telles considérations administratives qui oublient le rôle fondamentalement biologique et personnel de l'immunité et donc de la santé. La France s'est singularisée par des retards graves et des scandales concernant la santé et l'environnement (hormones de croissance, amiante interdite tardivement, distilbène interdit tardivement, BCG inefficace + abandonné + non obligatoire partout sauf ici, directives européennes non transposées) La coupe est pleine et maintenant, alors que les prix Nobel de médecine 1982 (sur le typage HLA) et 2005-06 (sur les RNAi) donnent des pistes pour expliquer les effets indésirables et les échecs des vaccins sur certaines personnes, le législateur fait preuve de son incohérence en rapportant les vaccinations à un acte administratif avec risque de sanction alors qu'il est avant tout médical, purement personnalisé et personnel (dans le cadre de la Loi Kouchner du 4 mars 2002, art 1111-4 sur le libre consentement et l'information). Bref, ne faisant partie d'aucune secte, mais étant pourvu d'esprit critique, nous sommes scandalisés par cette dérive, espérons n'avoir pas à faire intervenir l'arsenal procédurier (avocats, etc.) pour réagir face à l'application éventuelle de ce projet de Loi, si les décrets paraissent.

Pardonnez notre ton et notre colère, mais vraiment, nous n'en revenons pas qu'en 2007, on puisse concevoir des textes pareils, au vu des connaissances actuelles en immunologie, sauf sous la pression des laboratoires pharmaceutiques. La santé est trop précieuse pour être appropriée par quelques lobbies, qui ont tout intérêt à vendre le plus de médicaments possible.

Vous vous souvenez certainement du scandale du vaccin contre l'hépatite B, où le rapport du Dr Marc Girard, expert judiciaire, démontra clairement une situation catastrophique. Aucun expert n'a eu l'idée d'informer les juges que les rapports de l'AFSSAPS (qui sont cités dans toutes les expertises comme preuve de l'innocuité du vaccin) ont été rédigés «en commun» avec les fabricants mis en cause dans ce procès.

Monsieur le sénateur, si vous n'étiez pas encore conscient du problème, c'est le bon moment pour vous réveiller, car sinon, cette loi inique passerait tout d'abord au détriment de la santé de nos enfants!

Savez vous que pour les bébés, c'est l'overdose ? Beaucoup de vaccins obligatoires couramment utilisés en France, comme ceux contre la diphtérie, le tétanos, la polio ou facultatifs comme ceux contre les hépatites A et B, font appel à l'aluminium sous forme de phosphate, sulfate ou encore d'hydroxyde à raison de 1 250 microgrammes par dose, soit 50 à 80 fois plus que les doses admises par les instances européennes (15 µg/l). Ce qui veut dire que, de nos jours, un enfant vacciné a reçu à l'âge de douze mois plus de 8 000 µg de cet hydroxyde d'aluminium toxique pour l'organisme à partir de 60 µg par litre de sang! » Un enfant de quatre mois qui pèse 5,910 kg et qui reçoit son troisième vaccin hexavalent (Infanrix), reçoit 820 microgrammes d'aluminium, soit $820/4,83 = 170$ fois la dose maximale admissible d'aluminium que son sérum peut contenir! (source Dr Jean Pilette, docteur en médecine, membre du EFVV, european forum for vacine vigilance)

Et je ne parle même pas d'autres substances pour le moins suspectes, génétiquement manipulés, etc. etc...

Nous comptons sur vous pour que le discernement puisse voir le jour et que la France s'aligne sur ses voisins européens, qui ont levé l'obligation vaccinale depuis longtemps ou ont admis la clause de conscience. Le sénat a déjà fait preuve de sagesse en modifiant profondément des projets de loi proposés par le parlement, dans cet espoir, nous vous prions de croire, Monsieur, en notre vigilance citoyenne et en l'expression de nos meilleures salutations.

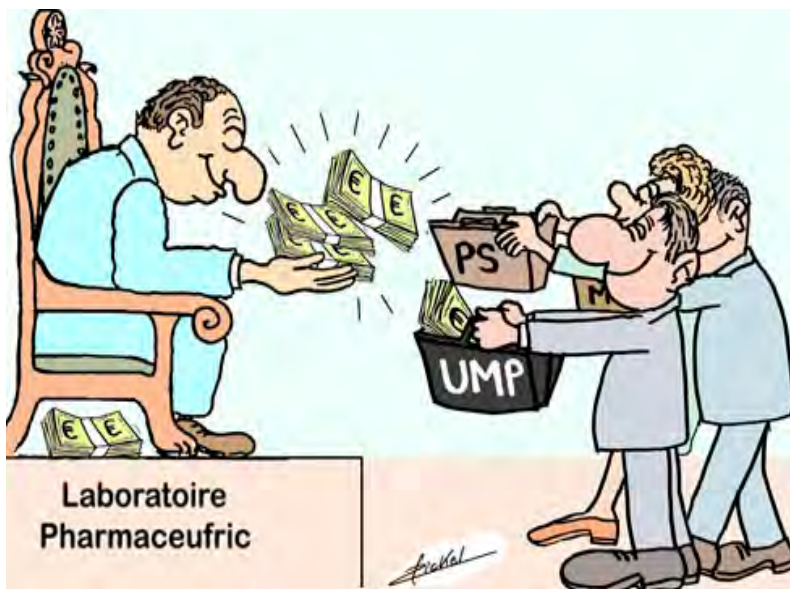
signature:

obtenir l'adresse pour contacter votre sénateur: <http://www.senat.fr/elus.html>

Source : Association spiritsoleil.

<http://www.spiritsoleil.com/actualite/sante/liberte-vaccination.htm>

ANNEXE 3 : LE BLOGUE DE BICKEL



Source :

<http://www.bickel.fr/nouveausite/indexfr.php?page=op4kzbth&id=42>

ANNEXE 4 : LE SAVIEZ-VOUS ? Des papillomavirus à l'origine du cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus peut être évité



Des moyens de prévention existent à l'adolescence et à l'âge adulte

Votre médecin saura vous conseiller

D'autres infos sur :
www.inpes.sante.fr - www.e-cancer.fr - www.cngof.asso.fr
www.1000femmes1000vies.org - www.hcsp.fr

Des Papillomavirus à l'origine du cancer du col de l'utérus



LE SAVIEZ-VOUS ?

* On estime que **7 femmes sur 10** pourraient être **exposées aux Papillomavirus Humains** au cours de leur vie⁽¹⁾



* Les **Papillomavirus Humains** peuvent, dans certains cas, **provoquer un cancer du col de l'utérus**

* **C'est le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme de 15-44 ans**⁽²⁾



Le col de l'utérus

Une partie essentielle de l'anatomie féminine



Le col de l'utérus est la partie inférieure de l'utérus, qui ouvre sur le vagin. Le col de l'utérus subit des modifications à chaque grande étape de la vie d'une femme (puberté, grossesse, ménopause...). Il est recouvert d'une muqueuse normalement rose et lisse.

C'est par le col de l'utérus que passent les spermatozoïdes pour aller éventuellement féconder un ovule, le fœtus se développe ensuite dans l'utérus. Durant une grossesse, le col de l'utérus se modifie, et joue un rôle protecteur, empêchant les infections extérieures de gagner l'utérus.

Les Papillomavirus Humains

Des virus souvent discrets



Les **Papillomavirus Humains** ou HPV sont des virus très répandus qui se transmettent le plus souvent lors des relations sexuelles et des contacts intimes⁽³⁾. On estime que 7 femmes sur 10 pourraient être exposées aux Papillomavirus au cours de leur vie⁽¹⁾, avec un risque d'exposition maximal entre 15 et 24 ans⁽⁴⁾. Heureusement, dans la plupart des cas, ils sont éliminés naturellement par l'organisme⁽⁵⁾.

Il existe différents types de Papillomavirus Humains ou HPV, certains dits à bas risque, d'autres dits à haut

Les lésions précancéreuses

À dépister le plus tôt possible



Les **lésions précancéreuses** prévalent généralement à l'acquisition du cancer du col de l'utérus. Elles sont classées selon leurs stades de gravité.

Elles n'évoluent pas systématiquement en cancer du col de l'utérus, elles peuvent régresser et faire l'objet d'un traitement afin de les retirer. Appelée «**conséisation**», cette technique chirurgicale garantit un taux de guérison élevé ; toutefois, elle peut avoir des conséquences lors des grossesses (exemple : prématurité) et un impact psychologique important.

Le cancer du col de l'utérus

Une maladie évolutive qui peut potentiellement toucher toutes les femmes



Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus touche environ 3 000 femmes⁽⁶⁾. C'est autour de 40 ans qu'il est le plus souvent diagnostiqué⁽⁷⁾, suite à des symptômes qui apparaissent en général lorsque le cancer du col de l'utérus est déjà avancé.

C'est pourquoi il ne faut pas attendre. À partir de 25 ans, il est recommandé d'effectuer régulièrement des frottis de dépistage (même chez les femmes vaccinées) afin de vérifier régulièrement la présence ou non de cellules anormales au niveau du col de l'utérus. De nombreux cas de lésions précancéreuses du col de l'utérus sont diagnostiqués suite à cet examen⁽⁸⁾.

En cas de frottis anormal, une biopsie pourra être réalisée pour déterminer la nature exacte des lésions. Si un cancer du col de l'utérus est diagnostiqué, un bilan sera réalisé. Il guidera le traitement, qui repose principalement sur la chirurgie et la radiothérapie. Dans certains cas, ce traitement peut être complété par une chimiothérapie.

Source : INPES

France's public health goals are not reached as far as some vaccines are concerned and vaccination rates themselves are lower than in other comparable countries.

Objective: Understanding the reluctance of patients to vaccination. Searching for the fears and misbeliefs that are barrier to vaccination by studying three particular vaccinations: the hepatitis B, the MMR, and the papillomavirus vaccinations.

Method: Not exhaustive review of literature. Documentary research conducted between February, 8th, 2013 and May, 30th, 2013. Review of scientific data and reference to patients' blogs and forum. Data ranking according to public reluctance to vaccination then relative to each vaccine.

Results: Patient's lack of knowledge and information may contribute in misbeliefs and misconceptions resulting in their reluctance to vaccination. A challenging access to official informations and a much easier access to controversial informations might be an explanation.

Conclusion: A better education on pathologies and enhanced informations towards patients about immunization would be a great step forward. Finding out efficient and easier to use means of communication for patients has become compulsory.

AUTEUR : FIQUET-PEUCH Jessie

TITRE : Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Etude sur 3 vaccinations particulières.

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur BIREBENT Jordan

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Université Paul Sabatier- Toulouse. Le 11 avril 2014

La vaccination en France est pour certains vaccins loin des objectifs de santé publique et les taux de vaccination sont inférieurs à ceux d'autres pays comparables.

Objectif : Comprendre les réticences des patients à la vaccination. Rechercher les craintes et les croyances qui sont un obstacle à la vaccination en s'appuyant sur trois vaccinations : l'hépatite B, le ROR et le papillomavirus.

Méthode : Revue non exhaustive de la littérature. Recherche documentaire effectuée entre le 8 février 2013 et le 30 mai 2013. Consultation de données scientifiques et consultation de blogs et de forums de patients. Classement des données selon les réticences communes à la vaccination puis relatives à chaque vaccin.

Résultats : Le manque de connaissance et d'information des patients est à l'origine de croyances ou d'idées erronées qui sont le fondement de la réticence à la vaccination. Un manque d'accès aux informations officielles et un accès beaucoup plus aisé à des informations à caractère polémique.

Conclusion : Une meilleure éducation aux différentes pathologies et une meilleure information des patients concernant la vaccination seraient un bénéfice à la vaccination. Il est nécessaire de trouver des moyens de communication plus accessibles aux patients.

MOTS-CLÉS : réticence à la vaccination, manque de connaissance, défaut d'information, revue de la littérature.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale
