

Résultats de notre programme national de recherche PNR74 – Partie 2

Vaccino-hésitation: 10 messages pour une consultation vaccinale réussie

Lisa Schmid Thurneysen^a, Clara Zimmermann^a, Michael J. Deml^b, Bernhard Wingeier^c, Caesar Gallmann^d, Peter Carp^e, Corina Schwendener^a, Laura Kiener^a, Julia Picker^a, Martin Iff^f, Henriette Hug-Batschelet^g, Martin Schmidt^h, Pierino Avoledaⁱ, Gisela Etter^j, Benedikt M. Huber^k, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik und Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Université de Genève, Faculté des sciences de la société, Institut de recherches sociologiques; ^c Abteilung Pädiatrie, Klinik Arlesheim, Arlesheim BL; ^d Allg. Innere Medizin FMH, Au ZH; ^e Pädiatrie FMH, Yverdon-les-Bains VD; ^f Allg. Innere Medizin FMH, Reinach BL; ^g Pädiatrie FMH, Kinderarztpraxis Davidsboden, Basel; ^h Pädiatrie FMH, aerzte am werk, Rheinfelden AG; ⁱ Pädiatrie FMH, Kinderarztpraxis Rennweg, Basel; ^j Allg. Innere Medizin FMH, Richterswil ZH; ^k Klinik für Pädiatrie, HFR Freiburg – Kantonsspital, Universität Freiburg

Les parents et les patients qui ont beaucoup de questions ou d'inquiétudes au sujet des vaccinations peuvent perturber les pédiatres et les médecins généralistes. D'autre part, les patients vaccino-hésitants présentent souvent les caractéristiques que l'on attend des patients instruits («bons» patients): ils sont bien informés, prennent leurs propres responsabilités et souhaitent être intégrés dans les processus de décision médicale. Leur consultation offre une excellente occasion de pratiquer une médecine passionnante, centrée sur le patient, dans le contexte d'une prise de décision commune.

Introduction

Ces dernières années, le sujet de la «vaccino-hésitation» est plus présent que jamais dans les médias [1, 2]. Notre programme national de recherche sur la vaccino-hésitation (PNR74) [3–7] nous permet de rapporter un résultat important: nous devrions améliorer la communication vaccinale traditionnelle qui met l'accent sur l'efficacité et la sécurité des vaccins [8], et laisser de côté la question de «qui a le plus raison» [9]. La communication représente une des activités principales de chaque médecin généraliste. Toutefois, dans le cadre de notre récente enquête en ligne, seuls 43% des médecins suisses ont indiqué qu'ils se sentaient à l'aise dans leurs relations avec les personnes vaccino-hésitantes [10].

La vaccination fait partie des sujets qui suscitent des discussions intenses et émotionnelles. Les conseils en matière de vaccination se situent à la croisée des recommandations de santé *publique* émises par les autorités et des concepts de santé *personnelle* et dépassent donc toujours la relation individuelle médecin-patient. Suite à notre article d'introduction sur la vaccino-hésitation (paru dans le numéro 02/2022 de *Primary and Hospital Care* (PHC) [11], nous souhaitons résumer ici nos principales conclusions de recherche en 10 messages de communication pour une approche réussie avec les personnes vaccino-hésitantes.

Message de communication n° 1: la vaccino-hésitation, les préoccupations liées à la vaccination et l'opposition à la vaccination sont des entités différentes.

Malheureusement, le débat polarisé sur le scepticisme à l'égard de la vaccination mélange souvent des concepts linguistiques et techniques qu'il faudrait tenir séparés. En Suisse, environ 60 à 80% de la population accepte sans hésitation le plan de vaccination national [15–17]. Seuls 1–3% de la population sont opposés à toutes les vaccinations (véritables anti-vaccins) [11, 18–21] et ce groupe bénéficie d'une attention politique et médiatique démesurée. Dans les pays riches, envi-

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



La partie 1 de cet article a été publiée dans le dernier numéro (2/2022).

ron 20 à 40% de la population peut être considérée comme vaccino-hésitante. Il est toutefois possible d'atteindre ces personnes avec de bons conseils sur la vaccination et la plupart d'entre eux se feront vacciner, même s'ils vaccineront peut-être plus tard que recommandé ou de manière sélective. C'est pourquoi nous devrions prendre le temps de prendre leurs questions et leurs préoccupations au sérieux et de les impliquer dans les décisions vaccinales [22]. Pour la même raison, il n'est pas nécessaire de promouvoir des débats agités sur une obligation à la vaccination [23]. En effet, chez nous les taux de vaccination sont généralement élevés et les autorités ainsi que la population sont en grande majorité opposées à une vaccination obligatoire.

Message de communication n° 2: nous devrions collaborer avec les médecins pratiquant la médecine complémentaire, car les patient.e.s vaccino-hésitant.e.s les consultent souvent.

Les patients vaccino-hésitants sont parfois considérés par leurs médecins comme chronophages, difficiles et exigeants. En conséquence, ces patients peuvent ne pas se sentir pris au sérieux ce qui entraîne parfois une

recherche d'informations supplémentaires dans leur environnement social, sur internet ou auprès d'autres médecins. 25 à 50% des Suisses font appel à la médecine complémentaire (MC) [24–26]. Les enfants dont les parents ont recours à la MC ont un taux de vaccination de base plus de 10% inférieur à celui des autres enfants [27–29], souvent à la demande des parents [29]. Les sociétés spécialisées dans la MC reconnaissent certes l'utilité des vaccins [30–32] et il existe une littérature scientifique récente sur les attitudes vaccinales et les méthodes de conseil des médecins pratiquant la MC [22, 33]. Cependant, les collègues de MC ont tendance à être plus vaccino-hésitants que les médecins traditionnels [34]. Les parents vaccino-hésitants semblent faire plus souvent confiance aux médecins pratiquant la MC [12, 24–26]: ils ont tendance à se méfier des médecins traditionnels, des entreprises pharmaceutiques, des autorités et de la science [6, 22, 35] et à consulter des médecins vaccino-hésitants [12, 22, 34, 36–38]. Les médecins pratiquants la MC jouent donc un rôle important en matière de santé publique [12, 22, 37, 38] en conseillant les parents sceptiques envers les vaccins [36]. Pour une approche productive à la vaccino-hésitation, nous devrions donc collaborer avec les médecins pratiquants la MC et développer des messages vacci-

Encadré 1: Les inquiétudes concernant la vaccination contre le COVID-19 sont compréhensibles [59, 60]

- La Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande aux plus de 4-ans de se faire vacciner contre la COVID-19 [97]. Il reste des questions importantes auxquelles il n'est pas encore possible de répondre clairement [61, 62]. Pour une bonne acceptation de la vaccination, nous recommandons une communication minutieuse et transparente [63–65] ainsi qu'une attitude patiente. Pour la première fois, des vaccins sûrs et efficaces ont été développés sur la base de la technologie ARNm [66].
- Les vaccins COVID-19 ont parfois été discutés de manière contradictoire dans les médias et en politique [67, 68].
- La durée de protection et la nécessité de doses de rappel régulières ne sont pas encore claires, surtout chez les personnes immunodéprimées [69–71]. Situation actuelle (22.1.2022): effet protecteur moins de 40–50% contre les infections asymptomatiques et bénignes, mais prévention très efficace (>90%) contre les infections sévères (hospitalisation, décès) pour les variants Delta et Omicron [61, 62, 72–78].
- Les vaccins COVID-19 sont les premiers à avoir été mis sur le marché en moins d'un an [61, 62, 79, 80]. Leur sécurité à long terme n'est donc pas encore claire [61, 62].
- Les effets indésirables de la vaccination sont relativement fréquents après la deuxième dose (faiblesse, fièvre) mais se terminent généralement au bout de 24 à 48 heures. Les anaphylaxies sont très rares: moins de 1:100 000 après la première dose; en partie dues à une allergie au stabilisateur, le polyéthylène glycol [81–83]. La deuxième dose peut souvent être administrée sans problème après une prémédication antihistaminique (en cas de doute, adresser le patient à un.e allergologue) [84].
- La myocardite, dont l'évolution est généralement bénigne, est une complication vaccinale rare qui touche surtout les hommes de 16 à 24 ans [85–87]. Comme le risque de myocardite est plus élevé après le vaccin Moderna qu'après le vaccin Pfizer, la CFV ne recommande plus que le vaccin Pfizer aux moins de 30 ans depuis décembre 2021 [98].
- Le risque de myocardite semble toutefois plus élevé après une infection à la COVID-19 qu'après la vaccination (environ 11 cas de myocardite supplémentaires pour 100 000 personnes infectées par le COVID-19 contre environ 3 cas de myocardite supplémentaires pour 100 000 personnes vaccinées) [88, 89].
- Selon une analyse américaine (hommes de 12–17 ans), 2 doses de vaccin par million de personnes vaccinées évitent 215 hospitalisations, 71 admissions aux soins intensifs, mais provoquent 54 à 69 cas de myocardite [91]. Chez les femmes et les hommes >17 ans, le rapport bénéfice/risque est meilleur.
- La vaccination des enfants et des adolescents contre la COVID-19 est complexe d'un point de vue éthique [92–96]: chez eux/elles, les formes graves et le COVID long sont très rares [97] – ils doivent donc, selon la CFV, «peser leur bénéfice individuel contre les risques» [98]. Outre les points de vue individuels, il est important d'attirer l'attention sur la transmissibilité accrue des variantes Delta et Omicron et sur les complications psychosociales de la pandémie et les mesures qui en découlent.
- Les vaccins de Johnson+Johnson et Astra Zeneca peuvent provoquer rarement des thromboses veineuses cérébrales graves (environ 1:80 000 chez les femmes <50 ans [99–104]). Le risque de thrombose n'est pas augmenté après les vaccinations par ARNm [88].
- Atteindre une immunité collective n'est pas un objectif de vaccination de l'OFSP et de la CFV: la priorité est d'empêcher les évolutions graves de la maladie car nous devons vivre à long terme avec le SARS-CoV-2.

naux inclusifs qui tiennent compte de leur point de vue. À l'ère de la médecine intégrative, la dualité entre la MC et la médecine traditionnelle devrait être dépassée.

Message de communication n° 3: L'hésitation à l'égard de certains vaccins est légitime.

Le thème de la vaccino-hésitation concerne actuellement en particulier les **vaccins COVID-19** (voir encadré 1). Ils sont utilisés en Suisse depuis début 2021 et, par conséquent, leurs effets à long terme ne sont pas encore connus.

En ce qui concerne la **vaccination contre la grippe**, un groupe d'experts américains a averti dès 2012 que l'enthousiasme excessif des experts et des autorités entravait le progrès, c'est-à-dire le développement d'un vaccin réellement efficace [39, 40]. Nous en avons parlé dans PHC 02/2021 [41]. Le vaccin contre la grippe est nettement moins efficace que ce qui est souvent communiqué [39, 40, 42–44]. Il faudrait vacciner 71 adultes en bonne santé de moins de 65 ans pour prévenir un cas de grippe [41, 45]. Pour les personnes âgées (>65 ans), les données disponibles sont faibles et ne permettent pas de recommander clairement la vaccination contre la grippe [45]. Aux États-Unis, la vaccination des enfants est recommandée à partir de l'âge de 6 mois [46], ce qui permet de réduire indirectement le risque de contagion des plus de 65 ans. En Suisse, la vaccination contre la grippe n'est pas recommandée chez les enfants [47] car la très grande majorité d'entre eux présente un risque de complications très faible en cas de grippe. La discussion est donc complexe d'un point de vue éthique: les douleurs locales de la vaccination pèsent sur les enfants, mais ce sont les plus de 65 ans qui en profitent en premier lieu. Or, l'enfant devrait avant tout tirer un bénéfice personnel d'une vaccination.

Le **vaccin conjugué contre les pneumocoques** est lui aussi peu efficace chez les plus de 65 ans: dans la plus grande étude randomisée menée chez des adultes de plus de 65 ans [48], plus de 42 000 personnes vaccinées et 42 000 personnes non-vaccinées ont été suivies sur une période de quatre ans. Parmi elles, seulement 49 et 90 personnes respectivement ont développé une pneumonie due à une souche de pneumocoques contenue dans le vaccin (efficacité vaccinale de 46%) et 7 et 28 personnes respectivement ont développé une infection invasive à pneumocoques (efficacité vaccinale de 75%). Le nombre de décès n'était pas plus bas chez les personnes vaccinées. D'ailleurs, le bénéfice mesurable de nombreux vaccins est très faible, car les maladies «évitables par la vaccination» sont en général rares.

Ainsi, dans une grande étude américaine, l'effet protecteur contre l'hospitalisation due à une pneumonie à pneumocoques était de 72% – mais seulement 3,3% de toutes les pneumonies étaient dues à des pneumocoques. La vaccination a donc été inefficace contre près de 97% des pneumonies [49]. Il faudrait donc vacciner plus de 1000 personnes pour prévenir 1 maladie invasive à pneumocoques [48, 50]. Une analyse du fabricant a présenté des calculs plus optimistes: 234 personnes vaccinées seraient nécessaires pour prévenir un cas de pneumonie à pneumocoques [50]. La vaccination des enfants est plus efficace: elle réduit de plus de 35% l'incidence des pneumonies chez les plus de 55 ans [51–53] – et les enfants vaccinés en profitent aussi (moins d'otites moyennes et de pneumonies [54–56]). C'est pourquoi la vaccination contre les pneumocoques a été intégrée dans le plan de vaccination suisse en 2019 en tant que vaccination de base des enfants [57]. Une prise en compte prudente de telles données permet de donner de bons conseils en matière de vaccination [14, 58].

Message de communication n° 4: Insister sur l'efficacité et la sécurité des vaccins peut avoir un effet contre-productif.

Depuis des années, la promotion de la vaccination par les autorités utilise des messages de communication traditionnels, à savoir que les vaccins sont «efficaces et sûrs» [106, 107], que la vaccination (par exemple contre la grippe) représente la «meilleure» option de protection possible [43, 108, 109], ou que ce n'est pas le vaccin mais la maladie (par exemple COVID-19) qui représente un danger [110].

Il n'y a aucun doute que l'information de la population sur l'efficacité et la sécurité des vaccins constitue une préoccupation importante et justifiée des autorités. Toutefois, ces informations reposent sur des évaluations statistiques à grande échelle avec lesquelles les patient.e.s ne peuvent souvent pas s'identifier.

Les médecins vaccino-hésitants rapportent à nos scientifiques qu'ils considèrent le ton des autorités comme de la «propagande vaccinale», mettant fortement l'accent sur les avantages de la vaccination et laissant peu de place aux incertitudes et aux questions ouvertes. En effet, les médecins vaccino-hésitants ne lisent même plus les communications écrites dans ce style [3]!

Il nous semble donc insuffisant de s'appuyer sur le concept de communication traditionnel selon lequel les vaccino-hésitants auraient un déficit de connaissances et que, par conséquent, les autorités et les médecins devraient sans cesse rétablir les faits et convaincre les anti-vaccins du contraire [111–114]. En effet, une communication rassurante mais vague et factuelle («efficace et

sûr») peut avoir des effets paradoxaux et même renforcer la méfiance envers les vaccins et les autorités et encourager les théories du complot [112, 115–117]. L'insistance sur le fait que le scepticisme à l'égard des vaccins augmente (il n'y a aucune indication à ce sujet en Suisse) [2, 118]; que les taux de vaccination diminuent (en Suisse, ils augmentent); ou que, par exemple, le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) n'entraîne pas l'autisme peut avoir des effets paradoxaux similaires.

La répétition régulière de ces messages peut donc favoriser la méfiance. Contrairement à la publicité commerciale, l'objectif des médecins et des autorités est de créer un environnement «dans lequel le patient peut réfléchir ouvertement et sans préjugés sur les meilleures informations disponibles» [119]. Le but est donc l'éducation des patients et non la publicité ou la persuasion [90]. La communication moderne devrait mettre l'accent sur la pesée des avantages et des inconvénients des vaccins, en accordant plus d'importance à la mise en confiance (y compris vis-à-vis des autorités!) qu'aux taux de vaccination [98, 117]. En bref, la consultation vaccinale devrait être positive et individuelle (tab. 1), impliquant les médecins généralistes et les pédiatres en tant que principales personnes de confiance, mais aussi les réseaux sociaux (famille et amis), l'entourage personnel, les livres et l'internet, car ceux-ci jouent un rôle important dans les décisions vaccinales [113, 120, 121].

Message de communication n° 5: Nous devrions optimiser l'accès aux vaccins et aux connaissances en matière de vaccination.

Les vaccinations manquées n'ont souvent rien à voir avec la vaccino-hésitation [122, 123]. Les exemples sont nombreux: Il n'est pas rare que des vaccinations soient omises ou manquées pour des raisons bénignes (p. ex. pas reçu de recommandation vaccinale à l'école, stress à l'école, stress dans la famille, l'enfant avait de la fièvre, etc.). De plus, l'engagement des autorités en faveur d'un bon accès aux vaccins et aux informations de qualité sur les vaccins varie fortement d'un canton à l'autre [124, 125] et la prise en charge des coûts n'est pas garantie pour tous les vaccins, par exemple pour le HPV (papillomavirus humain) ou les pneumocoques pour les adultes [126, 127].

En outre, la priorité accordée aux vaccins (vaccins de base, complémentaires et de rattrapage [57]) est parfois complexe. L'accès à la vaccination est également rendu difficile par le manque de compétences en matière de santé de la population suisse. Dans une étude à grande échelle de l'OFSP, 30% des Suisses ont trouvé difficile de comprendre *pourquoi* les vaccins sont nécessaires et la moitié ne savait pas *quels* vaccins sont recommandés –

deux fois plus que dans les pays voisins et nettement plus que les immigrés d'Europe du Sud [128, 129]. Il y a là un grand potentiel d'amélioration (encadré 2).

Message de communication n° 6: La communication moderne sur la vacci- nation est équilibrée et transparente; elle inclut les avantages et les inconvénients des vaccins.

Malheureusement, l'alarmisme est encore aujourd'hui utilisée par certains médecins dans leurs conseils en matière de vaccination, qu'ils soient pro-vaccination ou hésitants (tab. 1). Or, une médecine basée sur l'anxiété nuit à une bonne relation entre le médecin et le patient [135, 136] en accordant une importance inutile à des complications rares et conduisant à des examens et des thérapies superflus, voire nuisibles. On notera par exemple l'insistance inutile sur les évolutions graves (très rares) de la grippe chez des personnes <65 ans en bonne santé, l'insistance sur le risque de mortalité après la rougeole (extrêmement faible en Suisse), ou la réalisation annuelle de la cytologie cervicale (le frottis PAP n'est recommandé à la plupart des femmes que tous les trois ans). La stigmatisation est contre-productive [137, 138]: il ne sert à rien de rendre les parents vaccino-hésitants responsables des faibles taux de vaccination ou des complications chez l'enfant non vacciné [2, 139]. Les personnes vaccino-hésitantes agissent généralement en connaissance de cause, c'est-à-dire qu'elles veulent le meilleur pour le développement sain de leurs enfants. Nous devrions plutôt présenter les maladies à prévenir ainsi que les avantages et les inconvénients de chaque

Encadré 2: Recommandations pour un meilleur accès aux vaccins et aux connaissances en matière de vaccination

- Les examens préventifs chez le pédiatre (même entre 10 et 14 ans) devraient être encouragés. Le pédiatre peut fournir des informations vaccinales individuelles aux parents et aux adolescents et vacciner ces derniers. Pour les enfants de parents vaccino-hésitants, les examens préventifs personnels semblent plus utiles que les examens en série à l'école.
- Les programmes de vaccination scolaires devraient être encouragés. Ils augmentent le taux de vaccination [8, 106, 130–132] et complètent les examens pédiatriques préventifs. Les adolescents en bonne santé consultent rarement un médecin et manquent ainsi d'occasions de se faire vacciner contre l'hépatite B ou le HPV.
- Tous les vaccins recommandés devraient être mis à disposition de toutes les personnes de manière permanente, gratuitement et sans franchise, comme en Grande-Bretagne [133].
- Tous les médecins devraient pouvoir prescrire la vaccination contre le HPV aux groupes concernés sans frais supplémentaires.
- Les rappels de rendez-vous pour les vaccins sont utiles [134].

Tableau 1: Mauvaise versus bonne communication sur la vaccination.

Mauvaise communication	Bonne communication
– faire peur, attitude autoritaire	– transparence, attitude centrée sur le patient
«Les vaccins sont sûrs et efficaces.» [3, 116]	«Je vous explique avec plaisir les maladies contre lesquelles je recommande une vaccination à votre fille.»
«Nous allons vacciner votre enfant aujourd’hui.»	«Quelles sont vos questions sur la maladie contre laquelle on pourrait vacciner aujourd’hui?» «Quelles sont vos questions et soucis concernant la vaccination?» [8]
«Vous êtes responsable si vous ne vaccinez pas votre enfant et qu’il attrape la rougeole. On peut mourir de la rougeole.»	«La rougeole peut être plus qu’une maladie bénigne de l’enfance. Même en cas d’évolution sans complications, l’enfant sera très malade et sera alité pendant plusieurs jours, apathique, avec une forte fièvre, peinant à manger, boire et parler. Il aura besoin d’être soigné pendant 2 à 3 semaines – est-ce possible pour vous dans votre situation familiale?» [144]
«Chaque année, 100 000 personnes meurent de la rougeole – c’est ce que vous voulez?»	«>99% de tous les décès dus à la rougeole surviennent dans des pays très pauvres [145, 146]. Le risque de mourir de la rougeole est très faible en Suisse, au maximum 1–3 sur 10 000.» [144]
«Vacciner contre la rougeole, c’est risquer l’autisme chez son enfant.»	«Il est vrai que certains enfants sont devenus autistes après avoir été vaccinés contre le ROR. La vaccination et le diagnostic d’autisme tombent généralement au cours de la deuxième année de vie. Cela a donné l’impression à certains gens qu’il y avait un lien entre les deux. De nombreuses études sérieuses et de grande envergure n’ont cependant pas pu démontrer de lien entre la vaccination contre la rougeole et l’autisme.» [147–149]
«Si vous ne le faites pas vacciner contre l’HPV, votre enfant risque d’avoir le cancer.»	«Je vous explique avec plaisir quelles maladies sont provoquées par l’HPV.» [3] «Après une infection naturelle à HPV, l’immunité est faible, non durable et non protectrice [42]. En revanche, après la vaccination, le système immunitaire est stimulé pour produire naturellement des anticorps, dont le taux est plusieurs fois plus élevé et qui durent plus longtemps.» [3]
«Se faire vacciner contre l’HPV, c’est risquer de faire une sclérose en plaques.»	«Il existe des rapports de cas isolés de complications très rares après la vaccination contre l’HPV. Il est toutefois rassurant de constater que de grandes études indépendantes des entreprises pharmaceutiques et portant sur des millions de femmes ont montré que la vaccination contre l’HPV est très sûre et généralement bien tolérée – aucun lien n’a pu être établi entre la vaccination contre l’HPV et des maladies auto-immunes graves, les thromboses, la stérilité, etc.» [106, 107, 150]
Montrer des illustrations avec des seringues, par exemple de la campagne «Vacciner maintenant contre la grippe – se protéger et protéger les autres» [151] (fig. 1)	Ne pas montrer de seringues, car elles peuvent provoquer des associations de peur et de douleur [152–154]. Des messages et des images positives (fig. 2) montrent les avantages personnels d’une protection vaccinale [155]: de courtes vidéos avec des déclarations personnelles de <i>peers</i> vaccinés (égaux sur le plan hiérarchique) semblent plus efficaces que les recommandations de vaccination de célébrités et de supérieurs hiérarchiques [157, 158].

vaccination de manière objective et sans faire peur [3]. Les autorités devraient également se défaire de la réticence à communiquer des choses négatives sur les vaccins de peur que cela n’encourage la vaccino-hésitation. La recherche montre que des informations équilibrées et transparentes, la mise en évidence d’incertitudes et de questions non résolues [140] ainsi que l’autorisation de controverses augmentent la confiance dans le médecin, les autorités et la science [13, 22, 117, 141–143] et ainsi la volonté de se faire vacciner [140]. Les personnes vaccino-hésitantes font parfois circuler entre

elles des études qui confirment leurs points de vue. Si nous ignorons ces études vis-à-vis des patient.e.s, celles-ci gagnent en importance. Il est plus utile de les connaître, de les mentionner et de les mettre en relation avec d’autres études. Le fait de mentionner les risques favorise la confiance dans le médecin. Le fait que le médecin connaisse non seulement *infovac.ch*, mais aussi des sites tels que *impf-info.de* et *individuelle-impfentscheidung.de* peut être un facteur de confiance.

Message de communication n° 7: L’objectif est le même pour tous: le bien-être des patients et de leurs enfants.

Nous devons peut-être réapprendre à traiter nos patients sceptiques et à redevenir un meilleur porte-parole [13, 14, 159]. Nous devrions garder à l’esprit notre objectif commun: la meilleure santé possible pour les patients et leurs enfants [159–161]. Les médecins peuvent également se sentir déstabilisés – d’autant plus s’ils ne se sentent pas suffisamment compétents pour répondre aux questions des patients vaccino-hésitants [12, 162, 163]. Dans la pratique quotidienne, nous manquons souvent de temps pour des entretiens détaillés sur la vaccination [164]. L’entretien de vaccination devrait être



Figure 1: Mauvaise communication sur la vaccination par des illustrations avec des piqûres. Illustration reproduite avec l’aimable autorisation de l’Office fédéral de la santé publique [151].



Figure 2: La bonne communication sur la vaccination évite les images de piqûres. Illustration reproduite avec l’aimable autorisation de l’Office fédéral de la santé publique [156].

considéré comme une procédure médicale («intervention») qui doit être bien préparée et pratiquée, et que nous devons enseigner à nos jeunes collègues [165]. Les vaccins font sans doute partie des acquis médicaux les plus importants [155, 166] et les recommandations vaccinales officielles sont scientifiquement bien fondées [57]. Le plan de vaccination suisse ne nous donne toutefois pas les connaissances nécessaires pour répondre à toutes les questions posées par des parents/patients bien informés sur les vaccins [113, 120, 167–181]. Les informations nombreuses et parfois contradictoires sur les vaccins peuvent être source d’inquiétude [182]. En effet, les patients sont souvent sceptiques face aux déclarations des médecins, surtout lorsque l’attitude du médecin ne correspond pas aux connaissances du patient. L’application du plan de vaccination suisse fait sans doute partie des tâches de chaque médecin. Il peut être utile d’aborder ouvertement ce dilemme lors d’un entretien avec des patients sceptiques: La santé du patient est l’objectif primaire du médecin et ce dernier ne représente pas seulement les intérêts de santé publique des autorités et en aucun cas les

«directives» des fabricants de vaccins. La réception d’argent pharmaceutique nuit à la confiance dans l’indépendance des recommandations officielles [183].

Message de communication n° 8: Il est possible d’avoir une bonne relation avec les patients vaccino-hésitants – mais cela nécessite de bonnes compétences en communication.

Travailler avec des personnes vaccino-hésitantes ne pose pas de problèmes, mais cela doit s’apprendre. Il faut plus que des stratégies de communication spécifiques [184]. Nous devrions considérer le conseil aux personnes vaccino-hésitantes comme une tâche importante et gratifiante – et non pénible [13] (tab. 2). Une fois de plus, il vaut la peine de rappeler les tensions dans lesquelles s’inscrivent les conseils en matière des vaccins avec d’un côté les objectifs de santé publique (taux de vaccination élevés) et de l’autre les perspectives de médecine individuelle [13, 22, 185–187]. La plupart des parents vaccino-hésitants ne sont pas fondamentalement opposés à tous les vaccins. Ils font vacciner leurs enfants dans le cadre d’une relation de confiance médecin-patient [188], mais souvent pas exactement selon le plan de vaccination. Aujourd’hui, une bonne communication est essentielle car les patients sont plus conscients de leur santé et de leur alimentation qu’il y a 30 ans. Ils sont informés au sujet des maladies et sont sceptiques face à la science, aux autorités et à la médecine industrialisée [3, 13, 22, 33, 189–202].

Message de communication n° 9: La gestion de la vaccino-hésitation n’est pas problématique – mais il faut de bonnes données factuelles.

Une bonne connaissance des faits est essentielle pour que les patients puissent prendre une décision vaccinale réfléchie – mais aussi pour que le médecin puisse bien conseiller son patient à ce sujet. De nombreux soucis sont en fait des points de discussion légitimes, comme par exemple l’efficacité limitée de certains vaccins chez les personnes âgées (grippe, pneumocoques), le moment de la vaccination contre les maladies sexuellement transmissibles (hépatite B chez les nourissons, HPV chez les 11–14 ans), ou le fait que l’immunité de groupe ne s’applique qu’à certains agents pathogènes (rougeole [144], HPV, vaccination contre les pneumocoques chez les enfants pour protéger les personnes âgées [51]), mais pas à tous les vaccins [111, 204]. Pour les maladies qui ne se transmettent pas d’une personne à l’autre (p. ex. le tétanos), l’immunité de groupe ne joue aucun rôle. De plus, nous devons reconnaître qu’il y a

Tableau 2: Aspects centraux de l’attitude du médecin face aux personnes vaccino-hésitantes (modifié d’après [8, 13, 14, 22, 185, 189, 201, 203]).	
Thématiser la vaccination qu’après avoir discuté de la maladie que nous voulons éviter par la vaccination.	
Prendre et donner du temps – proposer éventuellement du matériel d’information et un 2 ^{ème} rendez-vous.	
Déterminer les connaissances et les souhaits des patients:	Beaucoup ont déjà effectué des recherches sur les vaccins dans des livres, dans leur environnement social ou sur internet. Les parents s’inquiètent plutôt pour d’éventuels effets secondaires à long terme, les adolescents plutôt pour les effets secondaires immédiats.
Prendre les inquiétudes des patients au sérieux. Ne pas condamner les avis divergents, mais essayer de les clarifier en discutant.	
Prendre en compte la santé et la constitution de l’enfant.	
Recommander la vaccination de manière appropriée, tout en soutenant les patients/parents dans leur processus de décision, en les accompagnant dans leur décision et après leur décision.	
Rendre attentif à la discrépance entre certains souhaits et la réalité (p. ex. ne pas vacciner mais avoir peur de la maladie; ne pas avoir le temps de s’occuper de l’enfant s’il tombe malade).	

des pathogènes qui peuvent être transmis même par des personnes vaccinées (p.ex. la diphtérie, la coqueluche [54, 205–207], la polio [208], le SARS-CoV-2 [75, 76]). Or, ce manque de protection contre la transmission doit être distingué de l'efficacité du vaccin contre la maladie. Il existe de nombreuses études sur la sécurité des vaccins [147, 148, 209–226], mais elles ne sont pas assez connues des médecins.

Un autre sujet complexe sur le plan éthique est l'administration de vaccins desquels la personne vaccinée ne tire qu'un bénéfice personnel limité et qui servent à protéger indirectement les personnes non vaccinées, âgées ou immunodéprimées (p. ex. vaccination contre la grippe du personnel de santé, vaccination COVID-19 des enfants et des adolescents) [97, 204].

Pour faire face aux soucis liés aux vaccins, les médecins ont besoin d'une meilleure formation [227] et de nouveaux outils d'aide à la décision [140]. Notre recherche montre qu'une grande majorité de médecins, de sages-femmes, d'infirmier·es et de pharmacien·es souhaitent une formation supplémentaire en matière de vaccination [10]. L'OFSP a reconnu ce problème et va développer de nouveaux modules de formation en ligne en collaboration avec la Swiss School of Public Health (SSPH+) et notre groupe de recherche PNR74.

Message de communication n° 10: Le processus de prise de décision partagée est un élément central du conseil de vaccination.

Le plan de vaccination suisse est accepté sans hésitation par la majorité de la population [16, 17]. Pour ces

personnes, un conseil détaillé (par le médecin) et la prise de décision autodéterminée (par la patiente) ne sont pas prioritaires [14]. Le processus de prise de décision partagée semblerait même inutile et pourrait surcharger ces personnes. Cependant, pour les 20 à 40% de personnes vaccino-hésitantes, la prise de décision partagée semble être la voie la plus prometteuse [14].

Nous avons déjà mentionné le dilemme des «bons» patients et des patients «problématiques» [13]: les patients curieux, autonomes et éduqués (qualités qui caractérisent souvent les patients vaccino-hésitants [180]), qui participent aux décisions en matière de santé [228], sont considérés comme de «bons» patients. En ce qui concerne les vaccinations, ces mêmes caractéristiques, et donc les patients vaccino-hésitants, sont souvent perçus comme «problématiques».

Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales, le respect de l'autonomie des patients est un bien important [14] – même si les décisions des patients nous semblent fausses! La vaccination ne doit pas y faire exception. De principe, tous les patients ont droit à un processus décisionnel partagé [14, 229–234]. Le médecin doit partir d'un résultat ouvert, offrir des informations de haute qualité sous une forme compréhensible et respecter la décision du patient. Cette attitude centrée sur le patient ne vient pas d'elle-même, nous devons l'apprendre et la cultiver [14]. Chaque patient peut prendre personnellement la décision de se faire vacciner ou non [14] – il doit même décider lui-même, car en Suisse, nous sommes opposés aux vaccinations obligatoires [235].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Les sept références les plus importantes

- 7 Poland CM, Brunson EK. The need for a multi-disciplinary perspective on vaccine hesitancy and acceptance. *Vaccine*. 2015 Jan;33(2):277–9. 10.1016/j.vaccine.2014.11.02225448096
- 13 Deml MJ, Buhl A, Notter J, Kliem P, Huber BM, Pfeiffer C, et al. 'Problem patients and physicians' failures': What it means for doctors to counsel vaccine hesitant patients in Switzerland. *Social Science & Medicine*. 2020 Jun;255:112946
- 22 Deml MJ, Notter J, Kliem P, Buhl A, Huber BM, Pfeiffer C, et al. "We treat humans, not herds!": A qualitative study of complementary and alternative medicine (CAM) providers' individualized approaches to vaccination in Switzerland. *Social Science & Medicine* (1982). 2019 Nov;240:112556.
- 115 Kahan DM. A risky science communication environment for vaccines. *Science*. 2013 Oct;342(6154):53–4. 10.1126/science.124572424092722
- 117 Petersen MB, Bor A, Jørgensen F, Lindholt MF. Transparent communication about negative features of COVID-19 vaccines decreases acceptance but increases trust. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2021 Jul;118(29):e2024597118. 10.1073/pnas.202459711834292869
- 227 Karafillakis E, Larson HJ. The paradox of vaccine hesitancy among healthcare professionals. *Clin Microbiol Infect*. 2018 Aug;24(8):799–800. 10.1016/j.cmi.2018.04.00129649595
- 202 Greenhalgh T. 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*. 2004 Dec 1;69(1):197–213.

Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.

Prof. Dr méd. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)

Conclusions pour la pratique

- Exprime-toi de manière nuancée au sujet de la vaccination.
- Fais la différence entre l'attitude vaccino-hésitante (répandue) et l'attitude anti-vaccins (rare).
- La plupart des personnes vaccino-hésitantes ont des questions et des inquiétudes, mais ne sont pas globalement contre tous les vaccins.
- Evite les affirmations générales telles que «les vaccins sont efficaces et sûrs».
- Encourage les examens préventifs, surtout chez les jeunes de 10 à 14 ans; utilise-les pour les conseils vaccinaux; adresse-toi directement aux jeunes; donne-leur les informations nécessaires; laisse-leur le temps de prendre leur décision. Les programmes de vaccination scolaires sont importants et complètent les examens préventifs.
- Rappelle à tes patients leurs rendez-vous de vaccination.
- Crée une atmosphère agréable et donne des explications sans faire peur. Mets l'accent sur la santé avec ton langage et tes images
- Reconnais la valeur du processus de décision: celui-ci prend souvent plus de temps, en particulier pour les patients vaccino-hésitants, et les médecins ont besoin de meilleures données factuelles sur les vaccins.
- Informe-toi sur les maladies que tu veux prévenir par la vaccination ainsi que les considérations de sécurité et d'efficacité des vaccins recommandés.
- Il est important que nous respectons et soutenions l'autonomie et donc les décisions de vaccination du patient.