

Les médecins généralistes et la couverture vaccinale de la population

General practitioners and vaccination coverage

M. Schetgen

D.M.G.-U.L.B.

RESUME

La couverture vaccinale des adultes reste actuellement insuffisante en Belgique. Le médecin généraliste, qui occupe une place centrale dans le système de santé belge, se doit de jouer un rôle moteur dans l'amélioration de cette couverture. Les mesures les plus efficaces sont la convocation systématique des patients, l'éducation des vaccinateurs et des populations, la réduction du coût pour le patient, l'accroissement de l'accessibilité aux services de vaccination et le rappel des échéances vaccinales aux vaccinateurs. Ces mesures seront facilitées par le développement du Dossier Médical Global et du Dossier Médical Informatisé.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 209-11

ABSTRACT

Adults have insufficient vaccination coverage in Belgium today. It is up to the general practitioner, who is a key player in the Belgian health system, to ensure that this coverage is improved. The most efficient measures are : systematic patient notification, population and practitioner instruction, reduced cost for the patient, improved access to vaccination services and vaccination reminders to practitioners. These measures will be made easier by the development of the Global Medical Record and the Computerised Medical Record.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 209-11

Key words : general practitioner, vaccination, Belgian health system

Lors de la découverte du sérum antidiphtérique à la fin du 19^{ème} siècle, on a constaté que tout progrès dans le domaine de la médecine, aussi extraordinaire qu'il fût, n'aurait de réelles répercussions sur l'état de santé de la population que s'il était relayé efficacement par la première ligne, à savoir les médecins de famille. Cette constatation se confirma tout au long du 20^{ème} siècle avec en particulier la découverte de nombreux vaccins jouant un rôle primordial dans l'impressionnante augmentation de l'espérance de vie de nos populations. S'il va de soi aujourd'hui que les pédiatres, les centres ONE, les médecins scolaires et ceux du travail complètent efficacement cette première ligne, les généralistes y conservent un rôle central. En effet, l'omnipraticien est non seulement dans notre système de santé le principal acteur de la première ligne, mais il est de plus le responsable de la continuité des soins, prenant en charge de manière globale, tant dans le domaine préventif que curatif, les patients tout au long de leur vie. 90 % des Belges ont un médecin traitant et pour bon nombre d'entre eux, celui-ci représente le seul contact avec le milieu médical. C'est par conséquent lui qui assumera la majeure partie de la prévention pri-

maire allant de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme à l'éducation en matière diététique en passant précisément par les vaccinations tant chez l'enfant que chez l'adulte. Si la couverture vaccinale de la petite enfance est généralement réalisée jusqu'à 18 mois par les pédiatres et les centres spécialisés, le généraliste prend fréquemment le relais, assumant le suivi des vaccins dès le début de l'école primaire. Il faudra bien entendu optimiser la collaboration d'une part avec les médecins scolaires, en particulier pour l'hépatite B et le rappel rougeole-rubéole-oreillons, et d'autre part avec la médecine du travail.

Rappelons qu'actuellement seul le vaccin contre la poliomyélite est obligatoire en Belgique et, qu'à l'instar de toute une série d'autres pays, cette obligation pourrait être prochainement remise en question.

Aux Etats-Unis, une " *Task Force on Community Preventive Services* " répertoria en 1999, sur base de 118 études différentes, les mesures permettant d'améliorer significativement les couvertures vaccinales¹. Cette méta-synthèse montre que les mesures les plus

efficaces sont la convocation systématique des patients, les interventions à composantes multiples incluant l'éducation des populations et des vaccinateurs, la réduction du coût pour le patient, l'accroissement de l'accessibilité aux services de vaccination, le rappel d'une échéance vaccinale aux vaccinateurs et une évaluation-*feedback* pour ceux-ci. On y ajoutera également "l'obligation" vaccinale pour les personnes âgées amenées à fréquenter une maison de repos et de soins. Tout en soulignant le délicat problème de la liberté thérapeutique du patient, les nouveaux médecins "coordonnateurs" pourraient, dans ce domaine, jouer un rôle central.

Ces différentes mesures méritent d'être appliquées en Belgique et il est par conséquent essentiel que les généralistes y soient sensibilisés. La convocation des patients implique la tenue rigoureuse d'un échéancier papier ou mieux encore informatisé. Le développement du Dossier Médical Global et du Dossier Médical Informatisé devraient permettre une généralisation de ces échéanciers actifs. Le rappel peut se faire par écrit ou par téléphone. Rappelons toutefois que le Code de déontologie nous impose, en cas de convocation, de préciser au patient qu'il peut effectuer son rappel chez le praticien de son choix : tous les dix ans pour le tétanos et la diphtérie, tous les cinq ans chez les patients à risque et les plus de 60 ans pour le pneumocoque et annuellement pour la grippe. Plusieurs études confirment l'efficacité des convocations de patients. Des chercheurs canadiens ont étudié en 1985 les facteurs d'acceptabilité de la vaccination chez les personnes de plus de 65 ans². Ceux-ci ont reçu une lettre de leur médecin de famille, les invitant à se faire vacciner. Cette campagne a permis d'augmenter la couverture vaccinale de 17 à 42 %.

L'éducation des populations est une autre mesure fondamentale. Les pouvoirs publics ont le devoir d'organiser régulièrement des campagnes d'information et les médecins traitants se doivent de les relayer sur le terrain. Le matériel mis à leur disposition, entre autres par l'A.S.B.L. "Question Santé", est multiple : affiches, folios explicatifs, passeport-vaccinations, cartes de vaccinations, etc. Les cercles de généralistes, récemment mis en place pour assurer l'organisation des gardes, pourraient, dans le cadre de l'élargissement de leurs fonctions, devenir des acteurs actifs de l'éducation à la santé pour autant que les autorités y consacrent le budget nécessaire. L'efficacité des approches éducatives des communautés locales n'a certes pas encore été suffisamment documentée mais certaines études sont encourageantes. Ainsi, une étude menée par l'Université de Genève en 2001, ayant mis en évidence une couverture vaccinale pour la grippe et le pneumocoque significativement meilleure en Suisse francophone par rapport aux deux autres communautés, attribua cette différence à des campagnes répétitives de vaccination dans la région francophone du pays³. Une autre campagne réalisée en 1986 par les généralistes de Braine le Château a permis de faire passer les taux de vaccination contre l'influenza chez les plus de 65 ans de 17 à 40 % !⁴ Ces actions ne seront toutefois efficaces

que si les médecins eux-mêmes sont suffisamment sensibilisés. Les chiffres de couvertures vaccinales en Belgique montrent que le chemin à parcourir est encore long. Pour le tétanos, si 68 % des Belges sont en règle de vaccination à l'âge de 15 ans, moins de 30 % le sont encore à 75 ans ! Une récente étude menée en milieu rural par le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège, ramène un chiffre moyen de vaccination de 52 % et confirme la mauvaise couverture des personnes âgées⁵. Pour la grippe, même si les vaccinations sont en hausse chaque année, à peine plus d'un patient sur deux de plus de 65 ans possède une couverture. Une récente étude italienne menée auprès de 500 généralistes de Calabre mettait en évidence un important déficit d'information puisque seuls 17 % des médecins interrogés connaissaient l'ensemble des groupes cibles pour les vaccins influenza et pneumocoque et que deux tiers seulement d'entre eux conseillaient cette double vaccination aux patients de plus de 65 ans⁶. Même si on ne peut extrapoler les résultats de cette étude au-delà de l'Italie, notons toutefois qu'une étude similaire menée à Mineapolis auprès de 6.000 médecins américains en 2001 a ramené des chiffres sensiblement identiques⁷. Les séances de formation continue et les GLEMs doivent jouer un rôle essentiel dans cette volonté de sensibilisation.

Une fois sensibilisés, il faudra aussi encourager les généralistes à communiquer leur disponibilité pour la vaccination aussi bien en consultation qu'en visite à domicile.

Le développement et l'amélioration dans les prochaines années des Dossiers Médicaux Informatisés devraient permettre d'instaurer plus systématiquement deux mesures fortement recommandées à savoir le rappel des échéances vaccinales aux médecins traitants et une évaluation-*feedback* régulière. Les logiciels labellisés devraient par exemple identifier de manière active les personnes à risque ou atteignant 65 ans et permettre la réalisation d'enquêtes de couverture vaccinales tous les 3 à 5 ans.

Même si une attitude active du médecin traitant semble indispensable, il me paraît également important de responsabiliser les patients eux-mêmes. La gestion par ceux-ci, en collaboration avec le corps médical, d'un carnet de santé ou d'une carte de vaccination peut s'avérer fort utile. Afin d'améliorer cette prise en charge, on devrait sans doute modifier quelque peu les cartes actuelles qui sont essentiellement centrées sur les vaccinations de l'enfant et ne mettent pas suffisamment en évidence les échéances adultes prônées par le Conseil Supérieur d'Hygiène.

Rappelons enfin que les généralistes auront dans les prochaines années de plus en plus souvent à assurer la couverture vaccinale de patients issus de l'immigration. Dans le doute, face à un statut inconnu ou incertain, la règle consistera à vacciner ou à revacciner d'office.

Un dernier point essentiel pour assurer une cou-

verture optimale est bien entendu l'abaissement du coût de la vaccination mais en cette matière seuls les décideurs politiques pourront améliorer la situation. Les généralistes pourront tout au plus constituer un important groupe de pression.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vaccine-Preventable Diseases : Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents and Adults. A report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Recommendations and Reports. 1999 ; Vol. 48 : n° RR-8
2. Frank JW, Henderson M, Mc Murray L : Influenza vaccination in the elderly : 1. Determinants of acceptance. Can Med Assoc J 1985 ; 132 : 371-5
3. Bovier PA, Chamot E, Bouvier Gallacchi M, Loutan L : Importance of patients perceptions and general practitioners recommendations in understanding missed opportunities for immunisations in Swiss adults. Departments of Community Medicine. Geneva University Hospitals, Sept 2001
4. De Wals P, Vienne A, Lemaire G et al : Acceptabilité de la vaccination contre l'influenza. Rev Med Brux 1989 ; 10 : 49-52
5. Montrieux C, Collette G, Limme C, Seidel L, Albert A, Giet D : Evaluation of tetanus vaccine coverage in rural society. Rev Med Liège ; 2002 ; 57 : 97-103
6. Pavia M, Foresta MR, Carbone V, Angelillo IF : Influenza and pneumococcal immunization in the elderly : knowledge, attitudes, and practices among general practitioners in Italy. Public Health 2003 ; 117 : 202-7
7. Nichol KL, Zimmerman R : Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitude and practices regarding Influenza and pneumococcal vaccination for elderly and other high-risk patients : a nationwide survey. Arch Intern Med 2001 ; 161 : 2702-8

Correspondance et tirés à part :

M. SCHETGEN
Place Communale 27
1630 Linkebeek

Travail reçu le 13 mai 2004 ; accepté dans sa version définitive le 25 juin 2004.