

**UNIVERSITE DE LIMOGES**

**Faculté de Médecine**

2014

THÈSE N°

**Rougeole**  
**Freins et facteurs favorisant la vaccination  
antirougeoleuse : Etude qualitative chez des parents en  
Haute-Vienne et en Creuse en 2013-2014**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 21 novembre 2014

par

**Delphine REZOLA**

née le 14/07/1985, à Savigny sur orge

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur BUCHON Daniel ..... Président  
Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie ..... Juge  
M le Professeur DENIS François ..... Juge  
M le Docteur MENARD Dominique ..... Juge

UNIVERSITE de LIMOGES  
FACULTE de MEDECINE

---

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS : Monsieur le Professeur LASKAR Marc  
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques  
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

ABOYANS Victor Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
CARDIOLOGIE  
Responsable de service

ACHARD Jean-Michel Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
PHYSIOLOGIE

ADENIS Jean-Paul Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
OPHTALMOLOGIE

ALAIN Sophie Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

ALDIGIER Jean-Claude Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
MEDECINE INTERNE  
Responsable de service

ARNAUD Jean-Paul Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et  
TRAUMATOLOGIQUE

AUBARD Yves Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
Responsable de service

AUBRY Karine Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
O.R.L.

BEDANE Christophe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
DERMATOLOGIE-VENERELOGIE  
Responsable de service

BERTIN Philippe Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
THERAPEUTIQUE  
Responsable de service de RHUMATOLOGIE

BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur

LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE- TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service

PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE

VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
---------------	---

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA-BALDINI Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
------------------	---

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES**

BARRAUD Olivier	Maître de Conférences associé des Universités BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
-----------------	--



## **PROFESSEURS EMERITES**

BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
DENIS François	Professeur des Universités Emérite
SAUVAGE Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite
VANDROUX Jean-Claude	Professeur des Universités Emérite
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités Emérite

## Remerciements

A notre Président du jury, le Professeur Daniel BUCHON, professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste installé à Bugeat. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

A notre directrice de thèse et notre juge, le professeur Nathalie DUMOITIER, professeur de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste installée à Limoges. Merci pour votre enseignement, votre disponibilité et votre dynamisme. Merci pour vos précieux conseils et pour m'avoir communiqué votre passion de la médecine générale.

A notre juge, le Professeur François DENIS, ancien chef de pôle et chef du service biologie-hygiène au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges. Merci pour la qualité de vos enseignements passionnés et passionnants.

A notre juge, le Docteur Dominique MENARD, enseignant de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges et médecin généraliste installé à Oradour-sur-Glane. Merci pour votre implication dans mon travail de thèse et votre disponibilité.

A Théa, ma fille chérie, à jour de ses vaccins, que j'ai tenté de préserver de la chronophagie de ce travail. Merci de ne pas avoir appuyé sur le bouton erase lors des retranscriptions des focus group ! Merci pour tes éclats de rire, tu es ma bouffée d'oxygène, ma plus belle réussite.

A Jean-Philippe, ma moitié, pour sa patience, lui qui préparait sa thèse en même temps que moi, pour sa compréhension et pour tout son amour au quotidien. Les actes valent tellement plus que les mots...

A mes parents, pour leur amour, leur soutien inconditionnel et leur patience durant toutes ces années d'étude, au combien mise à rude épreuve par moment. C'est grâce à vous si je suis arrivée jusqu'ici. Merci de m'avoir inculqué les valeurs essentielles de la vie dont celles qui enrichissent mon exercice professionnel : l'écoute et le respect. Je vous aime.

A mon défunt Papé, qui a joué un rôle important dans ma vocation. J'espère qu'où que tu sois, tu es fier de moi.

A ma Mamé, pour ses galettes qui m'ont permis de tenir « caloriquement parlant » pendant toutes ces années d'études ! Puissè-je être comme toi à 89 ans.

A ma Mamy et mon défunt Papy, pour leurs encouragements, leur soutien, malgré la distance.

A mon frère Nicolas, à nos films cultes et nos souvenirs d'enfance... A ma belle-sœur Patricia pour sa gentillesse. A Johan, mon neveu et filleul adoré, je veillerai à ce que tes vaccins soient toujours à jour !

A Toun, Batman, Loulou, Bib et Kim, pour les moments passés ensemble.

A mes beaux-parents, merci d'avoir fait des heures supplémentaires de gardiennage pour nous libérer du temps pour travailler.

A ma Babou, pour ces quelques jours d'Août au combien important...Je t'adore. Vive la piscine de Saint-Junien et le vide-grenier de Saint-Martin-le-vieux !

A mes amis, dispersés aux quatre coins de la France (+ le canada), que de souvenirs et de fous rires avec vous, merci de répondre toujours présents.

A l'ensemble de mes maitres de stage en médecine générale, au CHU de Limoges et au CH de Guéret, et à l'ensemble des personnes que j'ai eu le plaisir de côtoyer chaque semestre : la liste serait trop longue. Merci de m'avoir transmis votre savoir, votre art, votre passion.

Je remercie également l'ensemble des médecins ayant accepté de parler de mon travail à leurs patients, et particulièrement les docteurs PRIOUX, BONNEFOND-PARRAT et SALIN-LEBLANC qui se sont impliquées personnellement dans le recrutement.

Merci également aux maires des communes de Bosmie-l'Aiguille, d'Oradour sur Glane et de Faux la montagne pour m'avoir gracieusement prêté leurs locaux.

Enfin, merci aux parents qui ont eu la gentillesse de participer à l'étude et qui ont activement recruté d'autres parents. Sans vous ce travail n'aurait pu voir le jour.

## Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARN : Acide désoxyribonucléique

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales

CTV : Comité Technique des Vaccinations

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

Ig : Immunoglobuline

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

LCR : Liquide céphalo-rachidien

MMR : Measles-Mumps-Rubella

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONIAM : Organisme National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

ORS : Organisme Régional de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROR : Rougeole-Oreillons-Rubéole

## Table des matières

Introduction.....	18
1. La rougeole .....	19
1.1. Le virus et sa physiopathologie .....	19
1.2. Le diagnostic clinique.....	19
1.3. Les complications.....	20
1.4. Une maladie à déclaration obligatoire .....	21
1.5. Traitement .....	23
1.6. Prévention par le vaccin anti rougeoleux.....	23
1.6.1. Composition .....	23
1.6.2. Prise en charge .....	24
1.6.3. Efficacité.....	24
1.6.4. Contre-indications .....	25
1.6.5. Effets indésirables.....	26
1.6.6. L'intérêt d'une seconde dose .....	27
1.6.7. Combinaison vaccinale .....	27
1.6.8. Evolution du calendrier vaccinal .....	28
1.7. Données épidémiologiques.....	30
1.7.1. Dans le monde .....	30
1.7.2. En Europe .....	31
1.7.3. En France.....	32
1.7.4. En Limousin.....	35
2. Matériel et méthode .....	37
2.1. Objectifs.....	37
2.2. Type d'étude.....	37
2.3. Recueil de données .....	37
2.3.1. Le guide d'entretien.....	37
2.3.2. Population étudiée et recrutement.....	38
2.3.2.1. Focus group n°1.....	38
2.3.2.2. Focus group n°2.....	38
2.3.2.3. Focus group n°3.....	39
2.3.2.4. Entretien individuel semi-structuré n°1 .....	39
2.3.2.5. Entretien individuel semi-structuré n°2 .....	39
2.3.2.6. Critères d'inclusion.....	39
2.3.2.7. Critères d'exclusion.....	39
2.3.3. Fiche de recueil des données socio-démographiques.....	39
2.3.4. Le déroulement du focus group .....	40
2.3.5. Le déroulement de l'entretien individuel.....	40
2.4. Analyse du contenu.....	40
2.4.1. La retranscription .....	40
2.4.2. Le codage - logiciel N'Vivo® .....	41
3. Résultats.....	42
3.1. Résultats quantitatifs des fiches de recueil des données socio-démographiques .....	42
3.1.1. Age .....	42
3.1.2. Sexe .....	42
3.1.3. Profession .....	42
3.1.4. Lieu de résidence.....	43
3.1.5. Nombre d'enfants.....	43
3.1.6. Age des enfants .....	43
3.1.7. Sexe des enfants .....	43
3.1.8. Etat des vaccinations des enfants .....	44
3.1.9. Mode de gardiennage des enfants .....	44
3.1.10. Niveau scolaire des enfants.....	44
3.2. Résultats qualitatifs du codage axial .....	44

3.2.1. Connaissances de la maladie .....	45
3.2.1.1. Epidémiologie.....	45
3.2.1.2. Signes cliniques .....	45
3.2.1.3. Les complications.....	46
3.2.1.4. Conséquences sociales .....	47
3.2.2. Connaissances du vaccin .....	47
3.2.2.1. Modalités .....	47
3.2.2.2. Epidémiologie.....	48
3.2.2.3. Contre-indications .....	49
3.2.2.4. Indications .....	49
3.2.2.5. Réactions aux vaccins .....	50
3.2.2.6. Bénéfices de la vaccination .....	50
3.2.3. Législation .....	51
3.2.4. Mode de pensée des parents .....	53
3.2.5. Réflexivité parentale.....	54
3.2.5.1. Réflexivité individuelle.....	54
3.2.5.2. Réflexivité collective.....	55
3.2.6. Représentation de la maladie .....	56
3.2.6.1. Epidémiologie.....	56
3.2.6.2. Signes cliniques .....	56
3.2.6.3. Complications.....	57
3.2.7. Représentation du vaccin .....	57
3.2.7.1. Modalités .....	57
3.2.7.2. Epidémiologie.....	58
3.2.7.3. Contre-indications .....	58
3.2.7.4. Indications .....	58
3.2.7.5. Réactions au vaccin .....	58
3.2.7.6. Inconvénients .....	59
3.2.8. Relation médecin patient .....	60
3.2.8.1. La position du patient.....	60
3.2.8.2. La position du médecin .....	60
3.2.8.3. La communication en générale.....	61
3.2.9. Sources d'information .....	62
3.2.9.1. Personnel médical.....	62
3.2.9.2. Internet .....	63
3.2.9.3. Médias, presse, magazines, radio .....	64
3.2.9.4. Autres .....	65
3.2.10. Vécu .....	65
3.2.10.1. Expériences de la rougeole .....	65
3.2.10.2. Expériences vaccinales .....	66
3.2.10.3. Aspect émotionnel .....	66
3.3. Résultats qualitatifs du codage matriciel .....	67
3.3.1. Connaissance de la maladie.....	67
3.3.2. Connaissance du vaccin .....	68
3.3.3. Législation .....	68
3.3.4. Mode de pensée .....	69
3.3.5. Réflexivité parentale.....	69
3.3.6. Relation médecin patient .....	69
3.3.7. Représentation de la maladie .....	70
3.3.8. Représentation du vaccin .....	70
3.3.9. Sources d'information .....	70
3.3.10. Vécu .....	71
4. Discussion .....	72
4.1. Discussion de la méthode.....	72
4.1.1. Le type d'étude et ses limites .....	72

4.1.2. Les biais de l'étude .....	73
4.2. Discussion des résultats .....	73
4.2.1. Freins à la vaccination .....	73
4.2.2. Facteurs favorisant la vaccination .....	81
4.3. Codage matriciel .....	84
4.4. Stratégies de communication et perspectives .....	88
Conclusion .....	90
Références bibliographiques .....	91



## Introduction

La rougeole est une maladie à fort potentiel épidémique car très contagieuse. C'est la plus contagieuse des maladies infectieuses à prévention vaccinale et aussi l'une des principales causes mondiales de décès d'enfants évitables par la vaccination. En effet, malgré l'existence d'un vaccin sûr, efficace et accessible, elle touche plus de 30 millions d'enfants dans le monde. Elle peut pourtant être éradiquée car l'homme représente le seul réservoir du virus.

Le virus de la rougeole est responsable d'une épidémie qui sévit en Europe depuis une dizaine d'années. La France est touchée par une importante épidémie depuis 2008 avec plus de 23 300 cas déclarés de rougeole entre janvier 2008 et décembre 2013, dont près de 15 000 cas notifiés pour la seule année 2011, dix sont décédés.

Malheureusement la couverture vaccinale anti rougeoleuse est insuffisante pour atteindre l'objectif de l'OMS de 95% de la population pour la première dose et 80% pour la deuxième dose. L'érosion de la confiance et la croissance de l'aversion au risque ont gravement affaibli le consensus qui sous-tend le programme de vaccination.

Le but de cette étude qualitative est d'identifier, chez les parents, les freins et les facteurs favorisant la vaccination anti rougeoleuse afin de proposer des stratégies de communication pour valoriser cette vaccination.

# **1. La rougeole**

## **1.1. Le virus et sa physiopathologie**

Le virus de la rougeole est un virus à ARN (Acide RiboNucléique) du genre morbillivirus de la famille des paramyxovirus. Ce virus ne possède qu'un seul sérotype donc un seul vaccin monovalent [1].

La rougeole est transmise par voie aérienne directe, plus rarement par contamination à partir d'un objet souillé par des sécrétions nasopharyngées. Les virions, petites particules de quelques centièmes de millimètres non visibles à l'œil nu, restent en suspension dans l'air pendant plusieurs heures, permettant de contracter la maladie sans jamais avoir été en contact direct. Ils pénètrent dans le système lymphatique, soit seuls, soit associés à des macrophages, et sont transportés vers les ganglions lymphatiques régionaux où ils se multiplient avant d'atteindre le système réticulo-endothélial. Cette infection est suivie par une seconde virémie, 10 à 12 jours plus tard, se traduisant par une atteinte de la peau et des voies respiratoires. Cette manifestation cutanée est la conséquence de l'interaction des cellules T avec les cellules infectées par le virus [1].

Le virus de la rougeole se sert de récepteurs cellulaires pour initier et propager l'infection dans l'organisme. Il infecte les cellules immunitaires présentes au niveau des poumons et utilise le récepteur « nectine-4 » pour diffuser dans l'organisme. La nectine-4 est spécifiquement localisée au niveau de la trachée, un site anatomique privilégié pour faciliter la contagion par voies aériennes [2].

La rougeole est donc une maladie virale très contagieuse avec un taux de reproduction de 15 à 20 (celui de la grippe est de 2 à 4). Cela justifie les objectifs de l'organisation mondiale de la santé (OMS) d'obtenir un taux de vaccination supérieur ou égal à 95 % dans la population pour espérer enrayer l'épidémie [3].

## **1.2. Le diagnostic clinique**

Après une période d'incubation de dix à douze jours, les signes cliniques évocateurs débutent par un catarrhe oculo-nasal fébrile. Le signe de Köplick (petits points blancs avec un fond inflammatoire en regard des molaires sur la muqueuse buccale), pathognomonique de la maladie, apparaît ensuite. Survient enfin un rash cutané maculo-papuleux prédominant sur la face et le cou avec intervalles de peau saine, d'évolution descendante et qui disparaît en cinq à six jours. Le sujet atteint est contagieux quatre jours avant l'apparition des lésions cutanées et jusqu'à quatre jours après leur disparition. Chez les sujets immunodéprimés, l'éruption peut être absente et la sérologie négative. Des cas de rougeole post-vaccinale ont

été rapportés. Ils surviennent dans les quinze jours après la vaccination. Le tableau clinique est moins sévère et il ne semble pas exister de complications [3]. La rougeole génère aussi une fatigue générale durable et crée un terrain favorable aux infections dans les mois qui suivent la maladie car l'immunité baisse temporairement [4].

### 1.3. Les complications

La rougeole, souvent considérée comme bénigne est potentiellement une maladie grave : il s'agit de la première cause de mortalité par maladie à prévention vaccinale dans les pays en voie de développement. Dans les pays industrialisés, si la plupart des rougeoles évolue favorablement, la maladie se complique dans environ 30% des cas, surtout chez les moins de 1 an et les plus de 20 ans (en particulier les immunodéprimés et les femmes enceintes) [5].

Les complications les plus fréquentes, telles la diarrhée (5-13%) et l'otite moyenne aiguë (3-5%), sont habituellement bénignes. Viennent ensuite les pneumopathies bactériennes ou virales dans 1 à 7 % des cas, qui peuvent conduire à un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Dans plus de 50% des pneumonies dues à la rougeole, il s'agit de co-infection par *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* et des bacilles entériques à gram négatif [1]. Les complications ophtalmiques de la rougeole peuvent entraîner une cécité si elles sont mal traitées.

Les complications les plus graves sont neurologiques :

- la rare panencéphalite subaiguë sclérosante de Von Bogaert qui apparaît plusieurs années après l'infection et correspond à une persistance du virus défectif dans le système nerveux central. Elle aboutit progressivement vers une défaillance neurologique toujours létale ;
- l'encéphalomyélite aiguë disséminée, dont l'incidence est estimée à 0,2-0,3%, elle apparaît quelques jours après le rash cutané et le diagnostic est fondé sur la présentation clinique associée à un prélèvement positif pour la rougeole ; le virus n'est pas retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien (LCR). Sa mortalité est évaluée à 25 % et le taux de séquelles est proche de 33 % ;
- l'encéphalite à inclusions (MIBE pour Measles Inclusion Body Encephalitis) est présente chez les patients immunodéprimés et survient quelques mois après l'infection. Cette complication entraîne 80 % de décès.

En France, la panencéphalite subaiguë sclérosante est devenue exceptionnelle depuis la vaccination introduite en 1983 [6]. Ainsi le nombre de panencéphalites subaiguës

scélérosantes déclarées est passé de 25 en 1980 à 3 en 1991 et 0 au cours des dernières années. Au cours de la même période, le nombre d'encéphalites aiguës post-rougeoleuses recensées a également beaucoup diminué, passant de 20 à 30 cas au début des années 1980 à moins de 5 cas en 1995-1996. Aucun cas n'a été enregistré entre 1997 et 2008. Cependant, entre janvier 2008 et mars 2011, 17 encéphalites dues à la rougeole ont été déclarées et 5 décès sont à déplorer par pneumopathie ou encéphalite [4]. Jusqu'en 1987, les complications autres qu'encéphalitiques notamment les bronchopneumonies représentaient la majorité des décès. Depuis, les encéphalites sont les premières causes de décès [5].

Selon l'OMS, la rougeole est l'une des principales causes mondiales de décès d'enfants évitables par la vaccination. En 1980, avant que la vaccination ne se généralise, on estimait à 2,6 millions par an le nombre de décès dus à la rougeole dans le monde. L'objectif mondial était de réduire, pour 2010, de 90 % le taux de mortalité liée à la rougeole (par rapport aux taux de 2000). Cet objectif n'a pas été atteint. En 2010, le taux de mortalité mondial avait été réduit de 74 % (535 300 décès en 2000 pour 139 300 décès en 2010) soit près de 380 décès par jour ou 15 par heure [7].

En France, jusqu'au début des années 1980, le nombre de décès annuels dus à la rougeole se situait entre 15 et 35. Grâce à la vaccination, moins de 10 décès étaient rapportés chaque année dans les années 1990, et depuis 2000, entre 0 et 2 décès sont rapportés chaque année [4].

#### **1.4. Une maladie à déclaration obligatoire**

En 1945, la rougeole a été inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire mais compte tenu du nombre important de cas, les médecins déclaraient peu et elle a été retirée de la liste en 1986. La rougeole a ensuite été surveillée par le réseau sentinelles animé par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) puis est revenue dans le tableau des maladies à déclaration obligatoire en juillet 2005 [8] dans les suites du plan national d'élimination de la rougeole afin d'améliorer sa surveillance dans une perspective d'élimination [9].

Elle doit être déclarée auprès de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) pour mettre en place des mesures préventives autour de chaque cas visant à limiter l'extension de la maladie (évacuation du cas, vaccination des contacts réceptifs). En cas de suspicion clinique, un signalement du cas à la DDASS, sans attendre les résultats de la biologie, doit être effectué.

Les critères cliniques de signalement sont l'association d'une fièvre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ , d'une éruption maculo-papuleuse et d'au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux ou signe de Köplick.

Devant un cas suspect, il est fortement recommandé de confirmer biologiquement le diagnostic par sérologie sur prélèvement sanguin ou salivaire (kits disponibles à la DDASS, demandés à l'occasion du signalement du cas par téléphone, télécopie ou par l'intermédiaire de la fiche de notification obligatoire). La DDASS doit être informée du résultat biologique.

Les critères biologiques de signalement sont :

- la détection sérologique ou salivaire d'IgM (Immunoglobuline M) spécifiques de la rougeole (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement),
- la séroconversion ou l'élévation (en l'absence de vaccination dans les deux mois précédant le prélèvement) de quatre fois au moins du titre des IgG (Immunoglobuline G) sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence,
- la détection du virus par PCR (Polymerase Chain Reaction) sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire,
- ou la culture positive sur prélèvement sanguin, rhino-pharyngé, salivaire ou urinaire.

Le signalement se fait sans délai au médecin de la DDASS du lieu d'exercice. Il peut s'effectuer avec la fiche de notification obligatoire, téléchargeable sur le site de l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire) [[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)]. Les fiches de notification doivent obligatoirement être adressées à la DDASS, elles sont validées et complétées puis transmises à l'InVS. Ces fiches ont une utilité locale et nationale : détecter les cas groupés, établir l'incidence départementale, régionale et nationale, mesurer les progrès vers l'élimination.

Il convient d'identifier la source de contamination en demandant au malade s'il a côtoyé un cas de rougeole dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption (notion d'un contage). L'éviction du malade de la collectivité est recommandée pendant toute la période de contagiosité, à savoir 4 jours avant l'éruption et jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption. D'autres cas dans l'entourage familial doivent être cherchés et les sujets contacts identifiés dans les 24 heures. Il faut vérifier le statut vaccinal des sujets contacts et si nécessaire les vacciner (permet de protéger contre la maladie si la vaccination est réalisée dans les 72

heures qui suivent le contact). Une injection d'immunoglobulines polyvalentes peut être nécessaire pour certaines personnes à risque de rougeole grave et contacts d'un cas confirmé (femme enceinte non vaccinée et sans antécédent de rougeole, certains enfants de moins de 12 mois, personne immunodéprimée, etc...). Elle se fait en lien avec un service hospitalier après évaluation au cas par cas ; elles doivent être administrées au plus tard 6 jours après le contact avec le cas [10].

## **1.5. Traitement**

Il n'existe aucun traitement spécifique de la maladie. Le traitement symptomatique repose sur un traitement antipyrétique et sur une prise en charge clinique appropriée pour éviter les complications graves de la rougeole. Le malade doit être correctement nourri, avoir un apport hydrique suffisant et recevoir un traitement contre la déshydratation à l'aide de la solution de réhydratation orale recommandée par l'OMS. Cette solution permet de pallier la perte de liquides et d'autres éléments essentiels entraînée par les diarrhées et les vomissements. On prescrira des antibiotiques pour traiter les infections oculaires et auriculaires ainsi que la pneumonie. Dans les pays en développement, il convient d'administrer à tout enfant pour lequel on pose le diagnostic de rougeole, deux doses de complément vitaminique A à 24 heures d'intervalle. L'administration de vitamine A au moment du diagnostic peut contribuer à éviter les lésions oculaires et la cécité et permettait de réduire la mortalité rougeoleuse de 50% [7].

## **1.6. Prévention par le vaccin anti rougeoleux**

### **1.6.1. Composition**

En France, il existe un vaccin monovalent contre la rougeole (AMM - autorisation de mise sur le marché - depuis 1966) et des vaccins trivalents associés aux oreillons et à la rubéole, disponibles depuis 1986. Tous sont des vaccins à virus vivants atténués. Les virus du vaccin sont produits sur cultures cellulaires et passent par plusieurs étapes de purification. La néomycine est utilisée dans le milieu de culture pour empêcher sa contamination par des bactéries ; le sorbitol et la gélatine hydrolysée servent de stabilisants [11].

L'antigène des vaccins vivants atténués, comme pour le vaccin anti rougeoleux, est habituellement un mutant non pathogène, stable, sélectionné par culture en laboratoire. Administré en petite quantité, il doit se multiplier chez le vacciné pour induire une immunité protectrice. Son administration répétée est rarement indispensable et ces vaccins ne contiennent jamais d'adjuvant. Le rôle essentiel des adjuvants est de favoriser, de renforcer, de soutenir le déclenchement de la réponse immunitaire et ainsi de réduire la quantité d'antigènes à inclure dans les vaccins inactivés ou « inertes » [12].

Le vaccin Priorix<sup>®</sup> est composé, après reconstitution, du virus de la rougeole vivant atténué (produit sur cellules d'embryon de poulet) souche Schwarz 1000 DICC 50 (3), du virus des oreillons vivant atténué (produit sur cellules d'embryon de poulet) souche Jeryl Lynn 5000 DICC 50 (3), et du virus de la rubéole vivant atténué (produit sur cellules diploïdes humaines (MRC5)) souche Wistar RA 27/3 1000 DICC 50 (3). Il se compose d'excipients : acides aminés, protéines d'œuf, lactose anhydre, néomycine sulfate, protéines de poulet, mannitol, caoutchouc, sorbitol. Le solvant est de l'eau pour préparation injectable (ppi). Il n'y a pas d'adjuvant [13].

(3) dose infectant 50 % des cultures cellulaires.

Le vaccin Rouvax<sup>®</sup> est composé, après reconstitution, du virus vivant atténué de la rougeole souche Schwarz 1000 DICT 50. Il se compose d'excipients : protéines d'œuf, albumine humaine d'origine placentaire, néomycine, protéines de poulet. Le solvant est de l'eau ppi. Il n'y a pas d'adjuvant [14].

Le vaccin MMR Vax<sup>®</sup> est composé, après reconstitution, du virus de la rougeole (souche Edmonston enders 1000 DICT 50\*), du virus des oreillons (souche Jeryl Lynn 5000 DICT 50\*) et du virus de la rubéole (souche Wistar RA 27/3 1000 DICT 50\*). Il se compose d'excipients : milieu minimum essentiel Eagle, protéines d'œuf, rouge de phénol, acide glutamique, sel de Na, potassium phosphate, bicarbonate de sodium, saccharose, néomycine, acide chlorhydrique, milieu 199 hanks, sodium hydroxyde, albumine humaine recombinante, sodium phosphate, gélatine hydrolysée, protéines de poulet, caoutchouc naturel, sorbitol. Le solvant est de l'eau ppi. Il n'y a pas d'adjuvant [15].

\* dose infectieuse 50 % en culture de tissu sensible.

### **1.6.2. Prise en charge**

Depuis 1999, ce vaccin triple est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie jusqu'à l'âge de 13 ans repoussé à 17 ans depuis 2010 [16]. À partir de 18 ans, le vaccin est remboursé à 65%.

### **1.6.3. Efficacité**

Selon une étude française de modélisation, sur 35 ans, où près de 20 millions de personnes ont été vaccinées contre la rougeole (13 millions ont reçu une dose et 7 millions deux doses), on peut estimer que la vaccination contre la rougeole a permis d'éviter près de 1,4 million d'otites moyennes aiguës, 590 000 pneumonies, 16 800 encéphalites responsables

de plus de 5000 séquelles neurologiques, 170 panencéphalites subaiguës sclérosantes et 11 500 décès [17].

Le vaccin contre la rougeole étant dirigé contre les germes respiratoires, il peut jouer un rôle dans la prévention de la résistance aux antibiotiques. En évitant la maladie, les antibiotiques ne sont évidemment plus nécessaires pour traiter les surinfections bactériennes [18].

La séroconversion est supérieure à 90% après une dose. Elle est plus faible chez les enfants de moins de 9 mois que chez ceux de plus de 9 mois. Cette différence est en partie expliquée par les effets inhibiteurs des anticorps d'origine maternelle, mais d'autres aspects du système immunitaire pourraient également réduire la réponse vaccinale [1].

#### **1.6.4. Contre-indications**

Les contre-indications à cette vaccination (vaccin à virus vivant atténué) sont les suivantes:

- personnes présentant un déficit immunitaire, congénital ou acquis. En effet les vaccinés, difficilement capables de contrôler la réplication de l'antigène vaccinal, seraient exposés à la survenue d'une maladie vaccinale potentiellement grave, voire mortelle [19] ;
- allergies connues à la néomycine ou à tout constituant du vaccin comme la gélatine (l'allergie à l'œuf n'est pas une contre-indication) ; plusieurs études ont ainsi montré que 90 % des enfants souffrant de manifestations allergiques, dont une réaction anaphylactique après vaccin ROR, présentaient des anticorps IgE anti-gélatine circulants [19] ;
- infection fébrile sévère (dans ce cas, comme pour toute vaccination, reporter l'injection du vaccin).

Les allergies aux protéines aviaires ne constituent donc plus une contre-indication à la vaccination ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole), il est en effet démontré que le risque d'anaphylaxie après vaccination ROR est identique chez les sujets allergiques et les non allergiques (1/1000000) [20]. Les réactions à ces vaccins sont probablement en rapport avec l'allergie à la gélatine, ou avec des réactions à la néomycine. Ces vaccins doivent être pratiqués sans précaution particulière chez les allergiques à l'œuf, même ceux ayant fait un choc anaphylactique à l'œuf, ceci est confirmé par les recommandations américaines pour le diagnostic et la prise en charge de l'allergie alimentaire [21].

Chez les patients ayant reçu des gammaglobulines ou une transfusion sanguine, la vaccination devra être repoussée d'au moins trois mois en raison du risque d'échec vaccinal dû à l'inactivation des virus vaccinaux par les anticorps acquis de façon passive.



La vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est déconseillée pendant la grossesse ; cependant, une vaccination réalisée accidentellement chez une femme enceinte ne doit pas conduire à un avis d'interruption médicale de grossesse.

#### **1.6.5. Effets indésirables**

Le niveau d'exigence demandé aux vaccins en matière de tolérance est généralement beaucoup plus élevé que celui demandé aux médicaments, le fait que les vaccins soient administrés à titre préventif à des millions de personnes, en bonne santé, souvent à des enfants, rend licite ce haut niveau d'exigence. Une manifestation indésirable post-vaccinale peut être imputable soit à l'antigène, composant actif, essentiel et spécifique de chaque vaccin, soit aux autres composants, non spécifiques d'un vaccin donné (adjuvant, excipient, résidu).

L'analyse du profil de sécurité d'emploi de ces vaccins permet de conclure à une tolérance globale satisfaisante, dans les populations ciblées dans le calendrier vaccinal, mais également pour l'adolescent ou l'adulte. Le taux mondial de notifications de cas de pharmacovigilance (toutes gravités confondues) est de 1.25 cas/100 000 doses vaccinales [22]. De plus le vaccin trivalent présente un profil de sécurité d'emploi comparable à celui des vaccins monovalents administrés isolément [23].

Les événements indésirables les plus courants sont une fièvre et une éruption cutanée bénigne, pouvant ressembler à la rougeole et débutant 5 à 12 jours après la vaccination : une fièvre > 39,4°C se produit chez 5 à 15% des individus vaccinés et dure de 1 à 2 jours, une éruption se produit chez environ 5% des individus vaccinés et dure de 1 à 3 jours [5]. L'injection d'un vaccin est donc responsable d'une réaction inflammatoire locale (douleur, rougeur, chaleur, œdème) accompagnée parfois d'une adénopathie satellite, la voie sous-cutanée augmente la fréquence des réactions locales par rapport à la voie intramusculaire. La fièvre, parfois accompagnée de myalgies et de courbatures est un effet attendu d'une vaccination. Elle est au moins en partie due à la libération d'interleukine 1 par les macrophages et les cellules présentatrices de l'antigène. Elle survient de façon précoce pour les vaccins non vivants, dans les 24 à 48 heures, et de façon différée avec les vaccins vivants atténués, autour du dixième jour, lors de la virémie. La réaction inflammatoire locale et générale, expression de la réponse immunitaire normalement induite par toute vaccination, est habituellement transitoire et d'intensité modérée chez la majorité des vaccinés [19].

Les effets indésirables pour lesquels une relation de cause à effet avec le vaccin anti rougeoleux a été démontrée sont l'arthrite aiguë (souche RA 27/3), la thrombocytopénie (1/3000), la méningite lymphocytaire (oreillons, souche Urabe) et l'anaphylaxie [19].

La vaccination par vaccin vivant atténué, comme le vaccin rougeoleux, d'un individu déjà immunisé soit par infection naturelle soit par vaccination antérieure, ou ayant des anticorps spécifiques circulants, d'origine maternelle par exemple, donne lieu à moins d'effets indésirables qu'une vaccination chez un individu non immun. Le virus vaccinal, neutralisé par la présence d'anticorps circulants neutralisants, ne peut se répliquer et n'induit donc pas les symptômes d'infection bénigne parfois observés lors d'une vaccination réalisée en absence d'anticorps spécifiques circulants [19].

#### **1.6.6. L'intérêt d'une seconde dose**

Cette seconde dose a pour objectif de protéger les enfants qui n'ont pas fait de séroconversion après la première dose injectée et ceux qui ont échappé à la vaccination ou à la maladie et de renforcer l'immunité des enfants vaccinés dans la petite enfance [24].

On estime que 5 à 10 % des individus vaccinés contre la rougeole ne répondent pas à la première dose. Des études ont montré qu'au moins 90 % de ceux qui n'ont pas répondu à la première dose répondront à la seconde [25].

La recommandation d'une deuxième dose de vaccin pour toutes les personnes nées depuis 1980 a été introduite dans le calendrier vaccinal en 2011 compte tenu du pourcentage élevé (22%) de cas déclarés chez les 20-30 ans ayant reçu une dose de vaccin [26].

Les personnes qui n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin peuvent effectivement contracter la rougeole, d'où l'importance de recevoir deux doses. Lorsque la vaccination a bien été réalisée avec deux doses, la rougeole peut se produire, mais c'est un événement rare et elle est en générale atténuée [27].

La demi-vie des anticorps dirigés contre le virus de la rougeole est supérieure à la durée de vie moyenne d'un humain, c'est pour cela qu'aucun rappel n'est nécessaire [28].

Cette seconde vaccination ne constitue pas un rappel, l'immunité acquise après une première vaccination étant de longue durée. Dans l'hypothèse où la seconde dose n'a pu être effectuée au cours de la deuxième année, elle peut être administrée plus tard, y compris à l'âge adulte puisque toutes les personnes nées après 1980 doivent avoir reçu 2 doses [29].

#### **1.6.7. Combinaison vaccinale**

En l'absence des vaccins combinés, l'obtention de la protection induite par l'ensemble des vaccins nécessiterait plus de 80 injections ! [19]

L'administration de trois vaccins ne rend pas moins efficace la vaccination, car le corps humain est capable de réagir simultanément à des vaccins différents. L'énorme diversité des récepteurs antigéniques T et B (> 1000) suggère une capacité de réponse du système immunitaire à un nombre immense d'antigènes. Le nouveau-né, par exemple, est capable de réactions de protection contre les milliards d'antigènes qu'il rencontre dans l'environnement dans les heures qui suivent sa venue au monde. Selon les modélisations, un nourrisson pourrait répondre à quelques 10 000 antigènes administrés en même temps : en d'autres termes, si l'on administrait 11 vaccins à la fois, on ne mobiliserait que 0,1 % de son système immunitaire [30].

De plus, le renouvellement constant des cellules T et B par des cellules naïves à un rythme de plusieurs millions de cellules par jour ne permet pas, à quelques vaccins que ce soient, de « consommer » ne serait-ce qu'une fraction du pool des cellules du système immunitaire. Les données actuelles indiquent que les vaccinations ni ne saturent ni n'affaiblissent le système immunitaire et qu'au contraire, les enfants ont d'énormes capacités de réponse à des stimulations antigéniques multiples, vaccinales ou environnementales [19].

#### **1.6.8. Evolution du calendrier vaccinal**

Depuis 1970, date de la mise sur le marché du premier vaccin contre la rougeole, les recommandations ministérielles concernant cette vaccination ont beaucoup évolué. En 1983, la recommandation pour cette vaccination en une injection entre 12 et 15 mois, a été introduite officiellement dans le calendrier vaccinal [6]. Cette recommandation a été élargie en 1986 à la vaccination simultanée contre les oreillons et la rubéole et l'âge de la première dose de vaccin anti rougeoleux a été abaissé à 9 mois pour les enfants vivant en collectivités [31]. La recommandation d'une seconde dose a été introduite en 1996 pour les enfants entre 11 et 13 ans [32]. En 1998, l'âge de la recommandation de la deuxième dose a été abaissé et fixé entre 3 et 6 ans [33], puis en 2005, entre 13 et 24 mois [34]. Enfin depuis 2013, la 2ème dose s'injecte entre 16 et 18 mois. L'administration à l'âge de 9 mois de la première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons chez les enfants admis en collectivité n'a plus de justification en dehors de périodes épidémiques. Elle est en outre moins efficace que si elle administrée plus tard. Tous les enfants devraient donc désormais recevoir leur première dose de vaccin ROR à 12 mois et la seconde à 16-18 mois [35].

Concernant le caractère obligatoire et recommandé des vaccins, en France seuls les vaccins contre la diphtérie/tétanos/poliomyélite sont obligatoires. Ces obligations ont été mises en place à une époque où les maladies infectieuses constituaient la première cause de mortalité en France. A la fin des années 60, la population a commencé à s'impliquer dans les prises de décision concernant sa santé. Cette évolution de notre société a conduit les autorités de santé à rechercher une adhésion volontaire à la vaccination : ainsi, aucun des nouveaux

vaccins n'a été rendu obligatoire pour la population générale depuis celui contre la poliomyélite en 1964. Par contre les autorités de santé émettent chaque année des recommandations figurant sur le calendrier vaccinal. Cette différence entre obligation et recommandation ne signifie en aucun cas que le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, comme tous les autres vaccins recommandés, soit moins utile ou moins efficace que les vaccins obligatoires [36]. En cas d'accident post-vaccinal, les responsabilités diffèrent. S'il s'agit d'un vaccin obligatoire, la responsabilité sans faute de l'Etat est engagée et le patient peut bénéficier d'une indemnisation versée par l'ONIAM (Organisme National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Les décisions qui peuvent être éventuellement rendues par cette instance (qui n'est pas une juridiction) le sont au nom de la solidarité nationale et l'indemnisation financière qui est accordée n'équivaut pas à la reconnaissance d'un lien de causalité entre une vaccination et une pathologie. S'il s'agit d'un vaccin recommandé, c'est la responsabilité du laboratoire fabriquant qui est engagée à condition que la défektivité du vaccin soit démontrée. Les responsabilités civile, pénale et disciplinaire du médecin peuvent également être engagées à condition de prouver qu'il y a eu faute. Constituent une faute, une prescription fautive du vaccin, un manquement à une obligation technique, une maladresse ou une négligence. La faute du médecin est appréciée au regard des données acquises de la science à la date des soins. La victime doit apporter la preuve d'un préjudice et d'une relation de causalité entre la faute du médecin et le dit préjudice. En cas de reproche de manquement à l'obligation d'information, le médecin doit apporter la preuve que l'information a bien été délivrée au patient. Les CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales), indépendantes de l'ONIAM, ont pour mission de favoriser la résolution des conflits par la conciliation et de permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux si la vaccination a eu lieu après le 05/09/2001 et dispenser ainsi d'actionner la responsabilité du médecin. A l'issue de l'instruction, la CRCI saisie émettra un avis qui, s'il aboutit à une proposition d'indemnisation, sera transmis soit à l'assureur, soit à l'ONIAM, en fonction des situations [37].

La procédure menant de la mise au point d'un vaccin à son inscription dans le calendrier vaccinal est complexe et fait intervenir de nombreux acteurs : laboratoires, agences européenne et nationale du médicament, CTV (Comité Technique des Vaccinations) et HCSP (Haut Conseil de Santé Publique) et HAS (Haute Autorité de Santé) pour une décision finale de niveau ministériel. Cette multiplicité des intervenants peut paraître lourde, mais représente finalement un garant de l'objectivité de l'expertise et de la pertinence des décisions vaccinales [12].

## 1.7. Données épidémiologiques

### 1.7.1. Dans le monde

La rougeole sévit essentiellement dans les pays en voie de développement, particulièrement en Afrique, notamment centrale, en Russie et en Asie du Sud-Est (figure 1). La raison de ces fortes incidences est un faible taux de couverture vaccinale (figure 2) dû à un manque d'accès aux structures sanitaires. En 2010, on estimait que 19 millions de nourrissons – pour la plupart en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est – ne recevaient pas de vaccin antirougeoleux. L'immense majorité des décès par rougeole (plus de 95%) survient dans des pays où le revenu par habitant est faible et l'infrastructure sanitaire est fragile. Les flambées de rougeole peuvent être particulièrement mortelles dans les pays qui traversent ou qui viennent de connaître une situation de catastrophe naturelle ou de conflit. La dégradation des infrastructures sanitaires et des services de santé oblige à interrompre la vaccination systématique et le surpeuplement des camps accroît considérablement le risque d'infection [7].

Grâce à un programme de vaccination efficace, certains pays ont pu éradiquer la rougeole autochtone [38].

### Number of Reported Measles Cases with onset date from Jan 2012 to Jul 2012

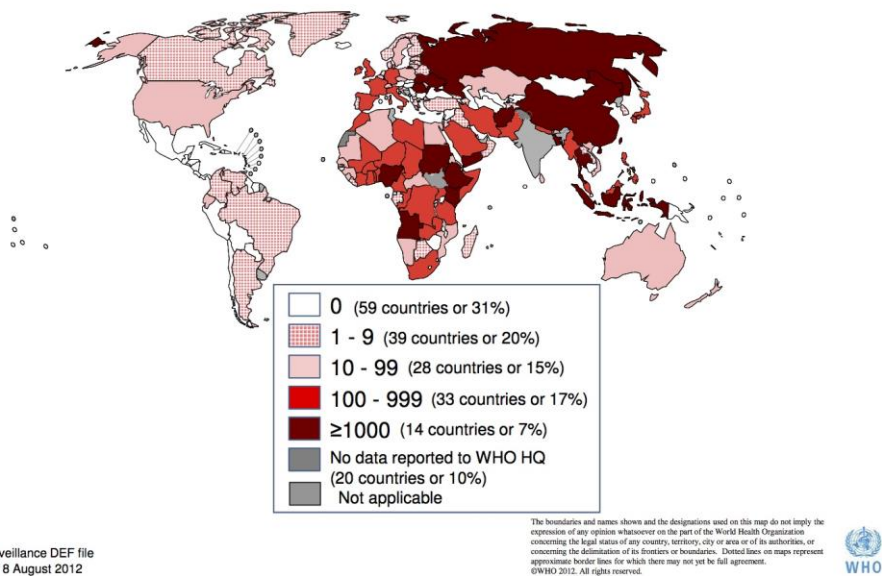


Figure 1 : Nombre de cas déclarés de rougeole dans le monde entre janvier et juillet 2012 [39]

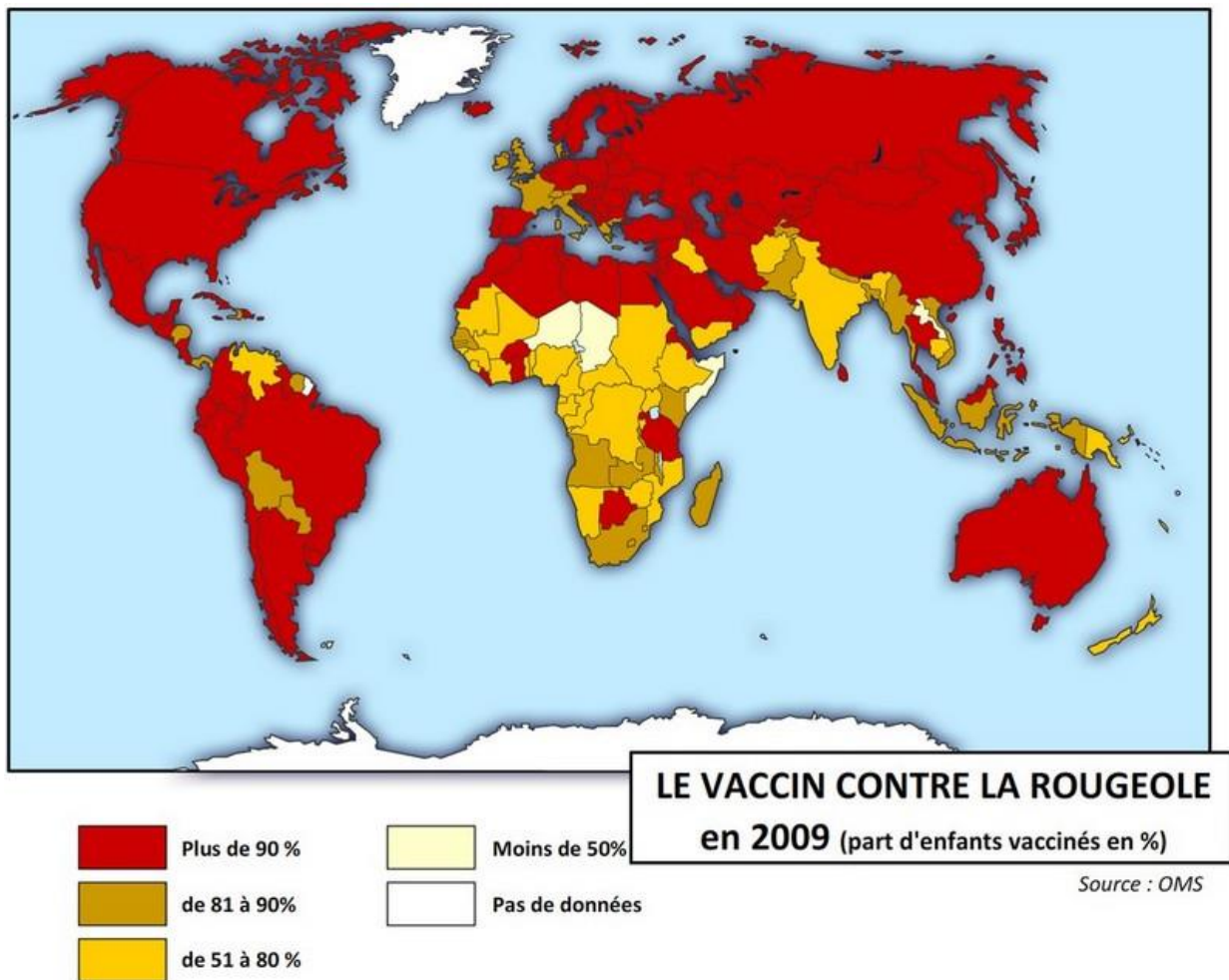


Figure 2 : Taux de vaccination anti rougeole des enfants par pays en 2009 [7]

Les voyages augmentent le risque d'exposition au virus rougeoleux et le risque de propagation dans des populations sensibles si elles ne sont pas vaccinées. Pour éviter cette poursuite de la dissémination, l'OMS invite les autorités sanitaires à préconiser la vaccination avant les voyages et à demander aux services de vaccination des systèmes de santé d'administrer le vaccin conformément aux calendriers nationaux de vaccination existant. L'OMS recommande d'administrer deux doses de vaccin antirougeoleux à tous les enfants et au moins une dose aux adolescents et aux adultes avant un voyage international, en cas d'incertitude sur leur statut immunitaire [40].

### 1.7.2. En Europe

L'épidémie de rougeole en Europe pour l'année 2011, c'est 30 567 cas rapportés par les 29 pays européens dont 15 206 cas en France (incidence à 23,4cas/100000) (figure3). Parmi eux, 16 ont présenté une complication neurologique, 714 une pneumopathie grave et 6 sont décédés [41].

Parmi les difficultés particulières auxquelles se heurte l'élimination de la rougeole en Europe, figurent le manque de soutien politique et sociétal en faveur de cet objectif, la propagande des groupes anti-vaccination, les croyances religieuses ou philosophiques opposées à la vaccination, la concurrence entre diverses priorités sanitaires et les problèmes créés par les réformes des systèmes de santé dans certains pays d'Europe de l'Est [42].

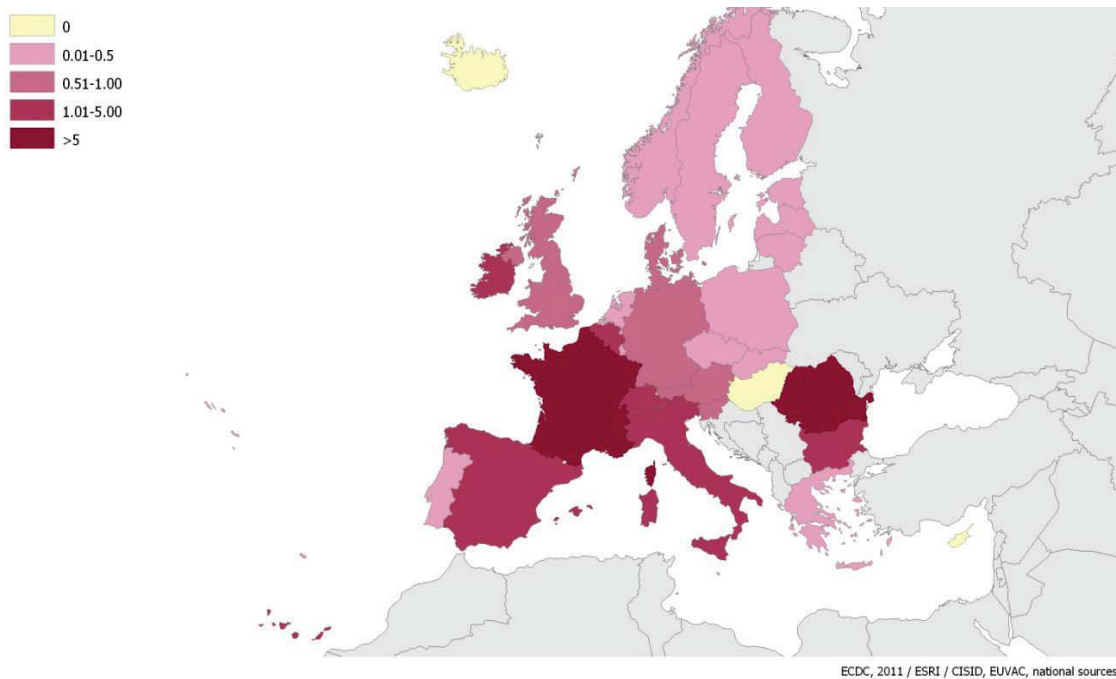


Figure 3 : Taux d'incidence de la rougeole en Europe par pays (nombre de cas/10 millions/jour). Données provisoires, août 2011 [41]

### 1.7.3. En France

La France est donc le pays d'Europe de l'Ouest où il y a le plus de cas. Elle présente aujourd'hui un risque de propagation de la maladie vers d'autres pays l'ayant éliminée grâce à la vaccination [43].

La promotion de la vaccination antirougeoleuse depuis 1983 a été accompagnée d'une réduction importante de la morbidité et de la mortalité. L'incidence nationale, extrapolée à partir du nombre de cas rapportés par les médecins généralistes sentinelles, est passée de 331 000 cas par an en 1985 à environ 10 400 cas en 2003 et 4 448 en 2004 [5].

L'étude menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et le centre national de référence de la rougeole révélait une recrudescence de rougeole d'octobre 2008 à septembre 2009 avec 1776 déclarations, d'octobre 2009 à septembre 2010 avec 3420 déclarations, et

d'octobre 2010 à avril 2011 avec 12549 déclarations (figure 4). Sur cette dernière période, un nourrisson de moins de un an sur 1000 était concerné par l'épidémie. L'étude détaille également les complications liées à la maladie, avec une estimation à 4 000 hospitalisations tous âges confondus [44].

## Distribution de l'incidence des cas de rougeole déclarés en France (octobre 2010 - août 2011)

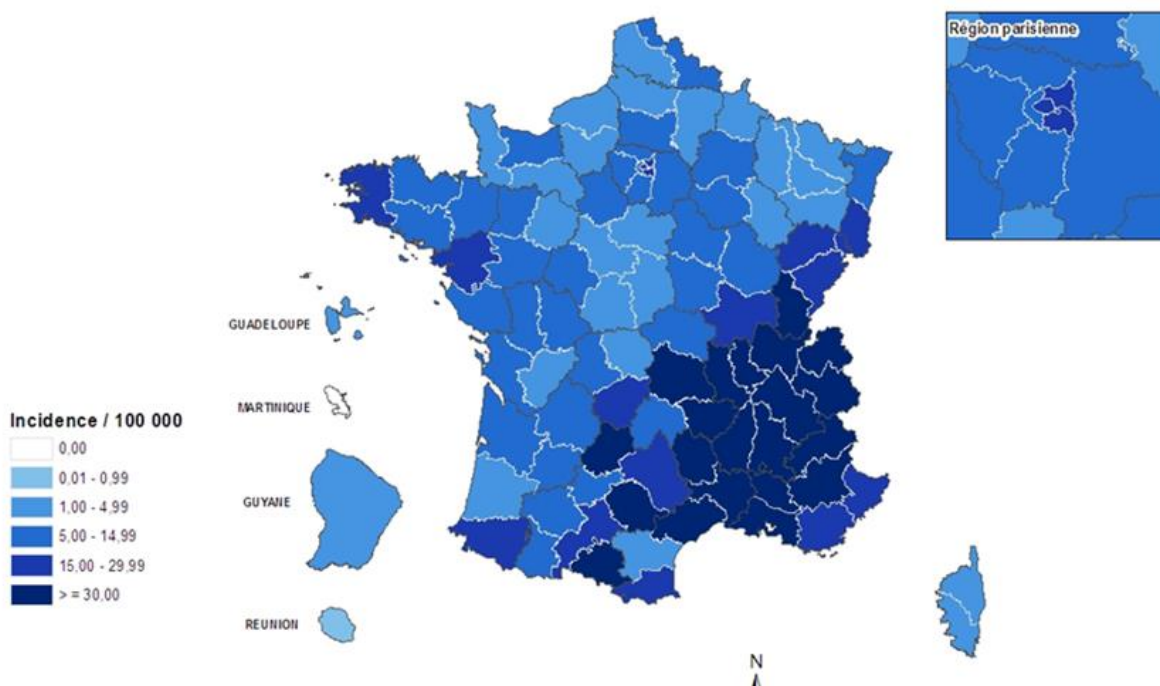


Figure 4 : Incidence des cas déclarés de rougeole en France entre octobre 2010 et août 2011 [44]

La distribution des cas en fonction de l'âge a évolué entre 2008 et 2011, avec une augmentation de l'incidence surtout marquée chez les nourrissons de moins d'un an (passant de 15 à 135 pour 100 000 habitants) et chez les sujets âgés de 20 à 29 ans (augmentation de l'incidence de 3 à 47 pour 100 000 habitants). Les complications y sont également plus fréquentes : 35 % des cas rapportés de pneumopathies surviennent chez les 20 à 30 ans, 16 % chez les moins de deux ans [29].

Parmi les cas déclarés en 2010, 29 % étaient hospitalisés, proportion atteignant 38 % chez les moins de 1 an et 46 % chez les 20 ans et plus. Lorsque le statut vaccinal était documenté (carnet de santé ou de vaccination), on se rendait compte que 3 % avaient reçu 2 doses, 12 % avaient reçu une dose et 84 % n'étaient pas vaccinés contre la rougeole. La proportion de



cas vaccinés avec 1 dose variait significativement avec l'âge et était de 22 % chez les adultes nés entre 1980 et 1991 [45]. Il paraît donc vraisemblable que la recrudescence des cas de rougeole soit liée à une insuffisance vaccinale.

L'étude Vaccinoscopie® montre que la couverture vaccinale a augmenté entre 2008 et 2011 mais reste cependant insuffisante puisque seuls 83% des enfants de 12 à 23 mois ont reçu au moins leur première dose du vaccin, alors qu'elle doit être administrée à l'âge de 12 mois selon le calendrier vaccinal en vigueur. Les résultats pour la seconde dose sont insuffisants puisque seuls 60,3% des enfants de 2 à 3 ans l'ont reçue. Nous sommes loin des objectifs de l'OMS fixé à 95% pour la première dose et 80% pour la deuxième [46].

Les données de l'InVS montrent qu'il n'y a très probablement pas de baisse de la couverture vaccinale du nourrisson, d'autant plus que les achats des années 2009 et 2010 sont supérieurs à la moyenne 2006-2008 dans ce groupe d'âge. En revanche, on observe une diminution du rattrapage chez les enfants plus grands et la persistance d'une fraction substantielle de sujets non protégés. Une augmentation régulière de la couverture vaccinale pour la 2ème dose est observée mais elle reste inférieure aux objectifs fixés dans le plan d'élimination de la rougeole [18].

Du 01/01/08 au 31/12/13, plus de 23 300 cas de rougeole ont été déclarés en France (dont près de 15 000 cas notifiés pour la seule année 2011). Près de 1 500 cas ont présenté une pneumopathie grave, 34 une complication neurologique (31 encéphalites, 1 myélite, 2 Guillain-Barré) et 10 sont décédés. Bien que le nombre de cas ait fortement diminué en 2012 et 2013 (respectivement 859 et 272 cas déclarés), le virus continue à circuler en particulier dans le Sud-Est de la France (figure 5). Il faut donc rester vigilant et continuer à veiller à la mise à jour du statut vaccinal avec 2 doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois et née après 1980 [47].

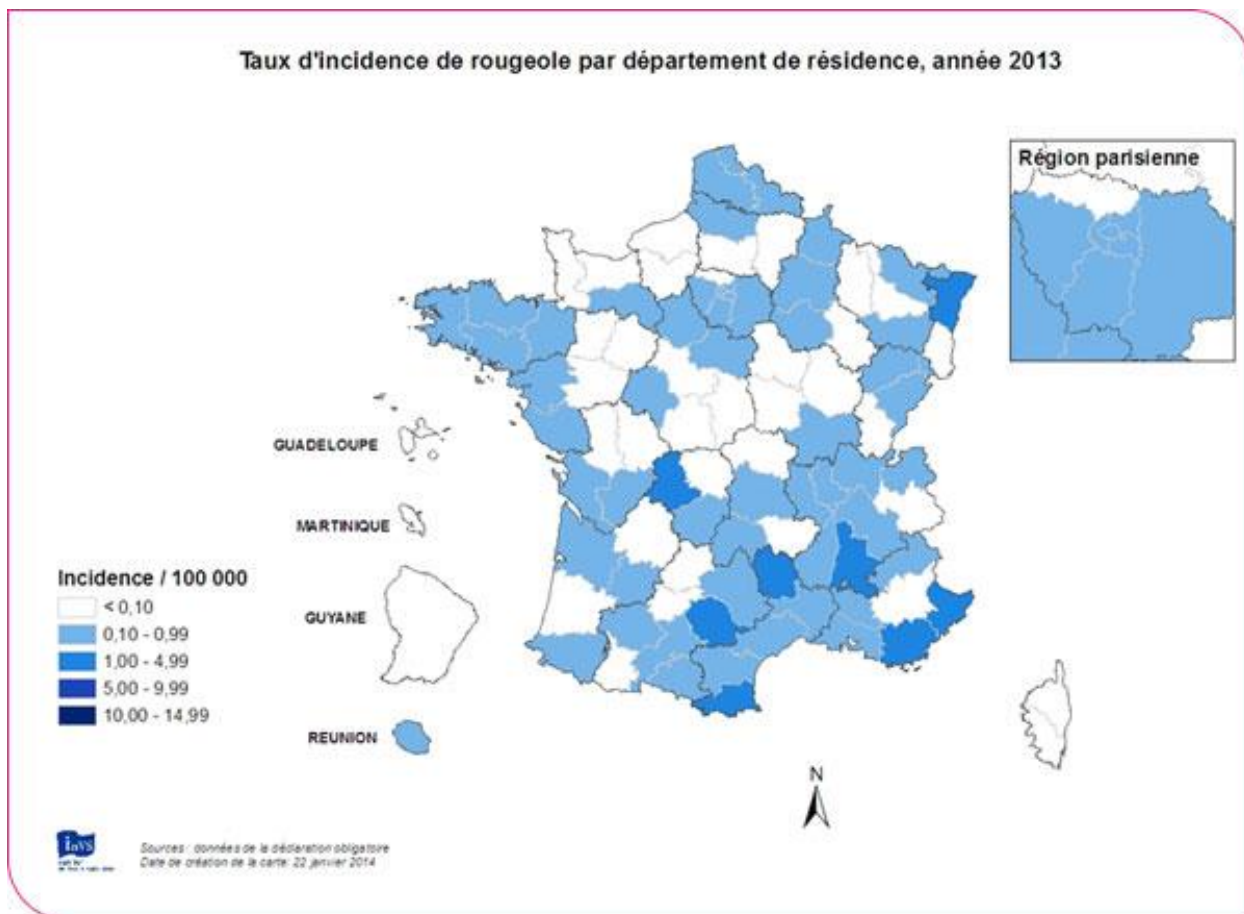


Figure 5 : Distribution géographique des cas déclarés entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013 en France [47]

#### 1.7.4. En Limousin

Le Limousin fait partie des 8 régions les moins bien couvertes contre la rougeole [48].

En 2011, 69 cas de rougeole ont été déclarés en Limousin, soit une baisse de 31% par rapport à 2010. Au niveau départemental, la baisse du nombre de cas déclarés de rougeole a été observée uniquement en Haute-Vienne (21 en 2011 contre 64 en 2010), alors que 6 cas ont été déclarés dans la Creuse (contre 0 en 2010) et 42 en Corrèze (contre 36 en 2010). En 2011, le taux d'incidence départemental des cas de rougeole le plus élevé est en Corrèze (17,21 cas / 100 000 habitants), suivi de la Haute-Vienne (5,57 / 100 000) et de la Creuse (4,87 / 100 000). Les données provisoires de 2012 montrent une poursuite de la diminution des cas déclarés de rougeole. Les classes d'âge les plus touchées en 2011 sont celles des moins de 5 ans (38,0 cas / 100 000) et celle des 10-14 ans (37,1 cas / 100 000). En 2011, 21 cas de rougeole, soit 31% des cas déclarés, étaient hospitalisés. Au total, 11 cas ont développé une complication, le plus souvent une pneumopathie grave. Le statut vaccinal était connu et renseigné pour 57 cas (83%). Parmi eux, 10 étaient vaccinés, soit 17%, dont 4 avec deux doses [49].

Selon une étude conduite par l'ORS (Organisme Régional de Santé) du Limousin en 2009, chez les moins de 25 ans, à l'occasion de la semaine européenne de la vaccination à laquelle le Limousin adhère pour la première fois, la couverture vaccinale s'établit à 71% (81% en incluant ceux qui n'ont reçu qu'une seule dose). Comparable dans les deux sexes, elle est très liée à l'âge : entre 85% et 90% avant 14 ans, elle s'abaisse ensuite et n'est que de 34% entre 20 et 25 ans. Les taux relevés en ville et à la campagne sont voisins [48].

Il existe donc une diminution progressive des taux de couverture vaccinale avec l'âge, notamment concernant le rattrapage vaccinal. Ceci s'explique en partie par le fait que les jeunes adultes et les parents oublient ou négligent de se faire vacciner ou de faire vacciner leurs enfants, mais aussi par l'existence de freins à la vaccination [18].

## **2. Matériel et méthode**

### **2.1. Objectifs**

La recrudescence de la rougeole en France est liée à une couverture vaccinale insuffisante, notamment en Limousin. Le but de cette étude est d'évaluer, chez les parents, les freins et les facteurs favorisant la vaccination de leur(s) enfant(s). Notre hypothèse de travail est la suivante : les croyances et les idées reçues des familles sont certainement des freins à la vaccination anti rougeoleuse car génératrices de craintes, à l'inverse, une information claire sur la maladie et la vaccination peut favoriser cette dernière.

### **2.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative menée en Haute-Vienne et en Creuse entre le 07 mai 2013 et le 09 mai 2014, auprès des parents, dans le but d'identifier les freins et facteurs favorisant la vaccination anti-rougeoleuse. Deux méthodes ont été utilisées, permettant d'obtenir des informations sur un sujet ciblé : celle du focus group et celle des entretiens individuels semi-structurés.

Trois focus group ont pu être organisés.

La saturation des données (définie par l'absence de nouveaux thèmes émergents) n'ayant pas été obtenue à la fin du troisième focus group, et n'ayant que peu de personnes réticentes à la vaccination, un quatrième focus group a été initié en distribuant les courriers destinés aux parents par l'intermédiaire de médecins homéopathes de Limoges et de deux crèches à Isle. Malheureusement, aucune réponse de parents n'a été obtenue. Face à cette difficulté, il nous a semblé judicieux d'organiser des entretiens individuels semi-structurés, plus facile à planifier, en utilisant toujours le même guide d'entretien. Ces entretiens ont pour inconvénient la perte de la dynamique de groupe, mais pour avantage l'obtention de témoignages sans crainte du jugement des autres participants. Ces entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Cette méthode qualitative nécessite un temps de recueil de données et un temps d'analyse du contenu.

### **2.3. Recueil de données**

#### **2.3.1. Le guide d'entretien**

Il permet de structurer et de stimuler l'entretien via des questions courtes, claires, neutres et ouvertes élaborées avant les focus groups (Cf annexe 1). Ce guide de six questions sert de support au modérateur animant les discussions, en l'occurrence le Professeur DUMOITIER. Le modérateur doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse.

Notre guide d'entretien aborde six thématiques :

- la connaissance de la rougeole.
- la connaissance du vaccin contre la rougeole.
- les avantages de la vaccination.
- ses inconvénients.
- les critères décisionnels de l'acte vaccinal.
- les sources d'information.

Il sert également de guide à l'entretien individuel semi structuré. Jugé satisfaisant dès le premier focus group, il n'a pas été modifié.

### **2.3.2. Population étudiée et recrutement**

La sélection des participants a pour but de panacher les opinions pour étudier tous les points de vue sur le sujet. Ils ne sont pas obligatoirement représentatifs de la population.

#### **2.3.2.1. Focus group n°1**

Un document expliquant notre travail a été distribué dans les carnets de correspondance des enfants de l'école primaire de Bosmie-l'Aiguille, avec l'accord de la directrice de l'établissement (Cf annexe 2). Les parents, s'ils souhaitaient participer au focus group, devaient remplir le coupon réponse avec leurs coordonnées et le rendre à la directrice pour que nous récupérions les réponses. Devant le faible taux de réponse (4 coupons sur les 60 distribués) nous sommes donc directement allés à la sortie des classes à la rencontre des parents pour tenter d'en motiver d'autres (2 de plus). Nous avons également diffusé notre courrier via la boîte mail de l'association des parents d'élèves de l'école maternelle de Bosmie-l'aiguille, mais sans succès. L'une des mamans a eu la gentillesse de solliciter ses contacts dans la petite enfance nous permettant ainsi de recruter deux personnes de plus. Après plusieurs tentatives de réunion, une date convenant à la majorité des parents a été fixée, mais n'ayant pas assez de participants (4), nous avons déposé le courrier avec la date de la réunion programmée à la crèche de Bosmie-l'Aiguille et avons récupéré un participant de plus. Une de nos amies a accepté de participer pour atteindre un nombre suffisant de personnes. Forte de ces six participantes, nous avons pu organiser le premier focus group. Celui-ci s'est déroulé le 7 mai 2013 dans une salle de réunion de l'école après accord du Maire de la commune.

#### **2.3.2.2. Focus group n°2**

Le document précédemment cité a été distribué aux parents des enfants de la crèche d'Oradour-sur-Glane avec l'accord de la directrice de l'établissement et celui des mutualités limousines. Sur les 40 courriers distribués, nous avons obtenu 4 réponses. Pour obtenir un nombre suffisant de personnes, les docteurs DUMOITIER et MENARD ont recruté dans leur

patientèle 3 personnes de plus. Certaines, ne pouvant participer, nous ont communiqué les coordonnées d'autres personnes. Finalement, sur les 12 participants potentiels, 7 pouvaient se rendre disponibles à la même date. Un désistement de dernière minute a fait que six parents ont pu participer à ce deuxième focus group qui a eu lieu le 4 juin 2013 dans une salle de réunion de la mairie d'Oradour-sur-Glane, après accord du Maire de la commune.

#### **2.3.2.3. Focus group n°3**

L'analyse succincte des premiers résultats révélant peu de freins à la vaccination, ma directrice de thèse m'a orientée vers des confrères exerçant sur le plateau de Millevaches où vit une population un peu « marginale » et refusant les vaccinations. Le Docteur ETILE nous a alors mises en relation avec une infirmière qui s'est chargée de recruter des parents. Une liste de 13 parents nous a été remise, mais 4 ne souhaitaient pas participer à une dynamique de groupe. Finalement 4 personnes étaient disponibles pour une même date. Nous avons contacté un autre confrère, le Docteur PRIoux, qui a pu recruter une personne de plus. Ce troisième focus group a eu lieu le 14 janvier 2014 dans une salle de réunion de la mairie de Faux-la-montagne, après accord du Maire de la commune.

#### **2.3.2.4. Entretien individuel semi-structuré n°1**

L'un des médecins homéopathes auxquels j'avais remis les courriers, le Docteur BONNEFOND-PARRAT, a parlé de notre projet à l'une de ses patientes qui s'interrogeait sur la vaccination antirougeoleuse et lui a remis nos coordonnées. La patiente nous a contactés et nous avons pu organiser un entretien à son domicile, à Champsac, le 24 avril 2014.

#### **2.3.2.5. Entretien individuel semi-structuré n°2**

Notre directrice de thèse nous a mis en relation avec le Dr SALIN LEBLANC, de Veyrac, avec qui elle s'était entretenue au sujet de patients refusant les vaccinations. Nous l'avons donc appelée pour lui présenter notre sujet. Elle a alors contacté une patiente opposée à la vaccination antirougeoleuse, qui s'est avérée être d'accord pour participer à un entretien. Le Dr SALIN LEBLANC nous a communiqué les coordonnées de la patiente avec qui nous sommes rentrés en contact et nous avons pu nous entretenir le 9 mai 2014 à son domicile, à Couzeix.

#### **2.3.2.6. Critères d'inclusion**

Il devait s'agir de parents majeurs, tous volontaires.

#### **2.3.2.7. Critères d'exclusion**

Les personnes sans enfant ne pouvaient participer à l'étude.

### **2.3.3. Fiche de recueil des données socio-démographiques**

Au début ou après chaque entretien, les parents remplissent une fiche de données socio-démographiques avec des questions fermées : sexe, âge, profession, lieu d'habitat, nombre

d'enfants avec les vaccins reçus pour chacun, leur âge, leur sexe, leur mode de gardiennage et leur niveau scolaire (Cf annexe 3).

Cette fiche a pour but de formuler des hypothèses quant à l'influence des données sociodémographiques sur la vaccination.

#### **2.3.4. Le déroulement du focus group**

Au début de chaque focus group, le principe de l'étude est présenté aux participants. Nous demandons leur accord pour l'enregistrement audio et la retranscription de l'intégralité de l'entretien dans un but d'analyse et d'utilisation des données à des fins scientifiques, tout en les rassurant sur l'obligation du respect de l'anonymat et des opinions formulées. Les témoignages personnels sont ainsi valorisés et accueillis sans jugement.

Le modérateur, le Docteur DUMOITIER, est chargé d'animer le focus group pour faire émerger les différents points de vue des parents, chacun devant répondre à la question posée, peu importe l'ordre d'intervention et de ré-intervention si besoin, les réponses des uns faisant alors rebondir les autres, etc... jusqu'à ce que les idées soient épuisées. Chacun doit donc avoir répondu à la question et ne plus rien avoir à rajouter avant de passer à la suivante.

Parallèlement à cet échange verbal, l'observateur, nous-même, doit s'occuper de l'enregistrement audio de la séance et doit noter les aspects non verbaux et relationnels (attitudes, échanges visuels, ...) apparaissant au cours de l'entretien. Lors du premier focus group, nous étions deux observateurs avec le Docteur MENARD afin de mieux appréhender notre rôle pour la suite.

Le lieu de la séance doit être un environnement neutre et calme, sans risque de bruits parasites.

#### **2.3.5. Le déroulement de l'entretien individuel**

La seule différence réside dans le fait que le modérateur et l'observateur sont une seule et même personne, en l'occurrence nous-même. La dynamique de groupe n'étant pas présente, l'entretien est plus rapide et souvent moins riche.

### **2.4. Analyse du contenu**

#### **2.4.1. La retranscription**

Il s'agit du verbatim. Pour chacun des trois focus group et des deux entretiens individuels, les paroles de chaque intervenant ont été retranscrites, sous Word, mot à mot, de manière à respecter l'expression des sujets. Il en est de même pour les aspects non verbaux, apparaissant en italique dans le corps du texte. Les paroles ont été clairement individualisées mais l'exploitation des données est restée anonyme.

#### **2.4.2. Le codage - logiciel N'Vivo®**

Les verbatim sont ensuite importés dans le logiciel N'Vivo®. Les trois niveaux de codage ont été respectés : codage descriptif, codage axial et codage matriciel.

Pour le codage descriptif, chaque expression, phrase significative, sentiment, mot clé, se voit attribuer un code (« node » pour nœud) reflétant une idée. Plusieurs codes peuvent être attribués à une citation et un code peut avoir été évoqué par d'autres participants. 175 nœuds ont ainsi été créés, plus 20 nœuds correspondant aux parents (Cf annexe 4).

Cette phase de codage permet d'éliminer les hors sujets et de pondérer les résultats en notant leur fréquence de répétition.

Le codage axial consiste en une catégorisation des codes descriptifs en grands thèmes (les « trees »). Le but est d'identifier des thématiques répondant à la question de recherche (optique interprétativiste). 10 codes axiaux ont ainsi été individualisés, comportant chacun entre 6 et 30 codes ouverts (Cf annexe 5).

Enfin, le codage matriciel compare les codes axiaux et les croise avec les données épidémiologiques des participants. Les données apparaissent sous forme d'un tableau excel (Cf annexe 6). Par souci d'homogénéité, nous avons regroupé les parents de 41-50 ans avec ceux de plus de 50 ans pour définir une classe des plus de 41 ans. Dans le même but, les parents exerçant une profession en lien avec les milieux de la petite enfance et de la santé ont été regroupés.



### 3. Résultats

#### 3.1. Résultats quantitatifs des fiches de recueil des données socio-démographiques

Au total nous avons interrogé 17 femmes et 3 hommes.

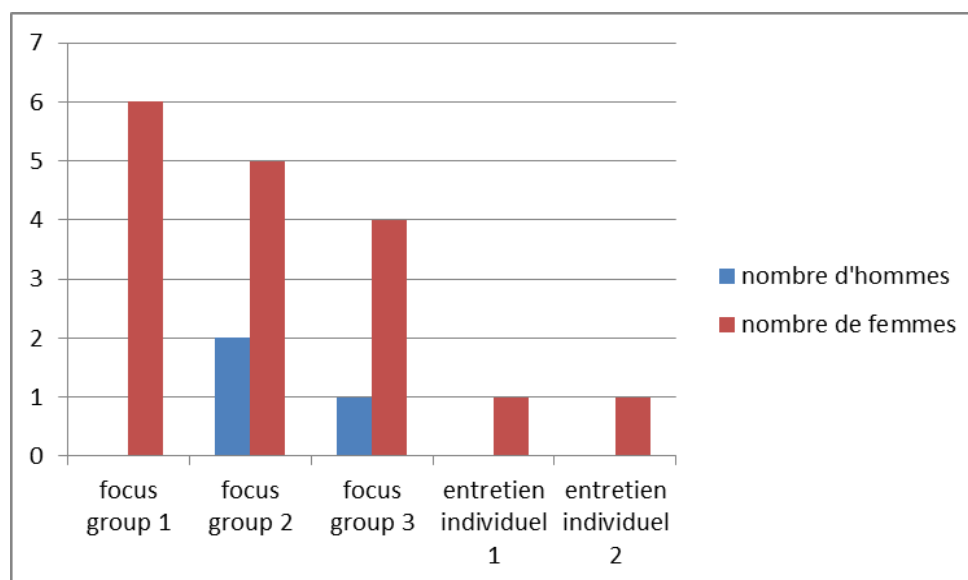
##### 3.1.1. Age

7 parents ont entre 20 et 30 ans.

7 parents ont entre 31 et 40 ans.

6 parents ont plus de 41 ans.

##### 3.1.2. Sexe



Graphique 1 : Nombre d'hommes et de femmes par focus group.

##### 3.1.3. Profession

9 parents sont issus soit du milieu médical (délégué médicale, chirurgien digestif, kinésithérapeute, infirmière, sage-femme), soit du milieu de la petite enfance (monitrice éducatrice, animatrice en relais assistante maternelle, responsable relai assistante maternelle, directrice d'un accueil de loisirs).

Les 11 autres ont une profession sans lien avec ces deux milieux (secrétaire, fonctionnaire territorial, secrétaire comptable, ingénieur, assistante de direction, maire, opératrice en décoration, agricultrice, 3 sans emploi).

### 3.1.4. Lieu de résidence

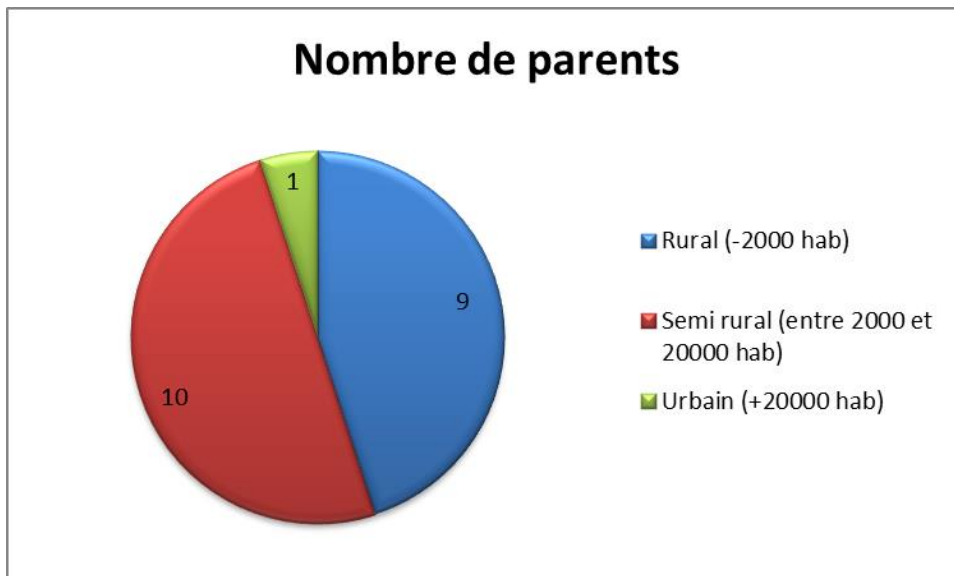


Diagramme 1 : Nombre de parents par lieu de résidence.

### 3.1.5. Nombre d'enfants

13 parents n'ont qu'un seul enfant, 4 parents en ont 2 et 3 parents en ont 3, soit un total de 30 enfants.

### 3.1.6. Age des enfants

6 enfants avaient entre 0 et 12 mois.

4 enfants avaient entre 12 mois et 2 ans.

7 enfants avaient entre 2 ans et 6 ans.

8 enfants entre 6 ans et 11 ans.

1 enfant entre 11 ans et 15 ans.

1 enfant entre 15 ans et 18 ans.

3 enfants de plus de 18 ans.

### 3.1.7. Sexe des enfants

Il y a 14 filles et 16 garçons.

### 3.1.8. Etat des vaccinations des enfants

Vaccins	R O R	D T P	Coquelu che	Haemophilus	Pneumo coque	Méningo coque	H V B	HPV
Nombre d'enfants vaccinés	19	29	23	23	16	12	22	0
Nombre d'enfants non vaccinés	6	0	6	6	13	12	7	2
Nombre d'enfants pas encore en âge d'être vaccinés	5	1	1	1	1	6	1	12 filles 16 garçons
TOTAL	30	30	30	30	30	30	30	30

Tableau 1 : Etat des vaccinations des enfants des parents étudiés.

### 3.1.9. Mode de gardiennage des enfants

7 enfants sont gardés par la famille ou leurs parents, 9 par une assistante maternelle, 3 sont en crèche et 8 par l'école.

### 3.1.10. Niveau scolaire des enfants

13 enfants ne sont pas en âge d'être scolarisés, 5 sont en maternelle, 7 en primaire, 2 au collège, 1 étudiante et 2 actifs.

## 3.2. Résultats qualitatifs du codage axial

L'interprétation du codage descriptif et de ses 175 codes ouverts a permis d'identifier 10 thèmes que nous allons exposer.

### 3.2.1. Connaissances de la maladie

#### 3.2.1.1. Epidémiologie

Pour les parents pro vaccination, la rougeole est une maladie en recrudescence du fait de la diminution de la couverture vaccinale : « *elle est en recrudescence du fait d'une diminution de la vaccination* » [Parent 3], « *en France il y a un dernier pic en 2011* » [Parent 20].

Pour les anti vaccination, seul un parent parle de cette recrudescence, brièvement et sans l'associer à une couverture vaccinale insuffisante qu'il estime de toute façon inutile.

Selon certains pro vaccination, cette faible couverture vaccinale s'expliquait, par le passé, par l'ignorance des parents de la dangerosité de la maladie, et s'explique actuellement par un mode de pensée d'une population minoritaire qu'on peut difficilement convaincre : « *dans le passé, il y a eu des absences de vaccination à cause de l'ignorance (...) l'ignorance, on l'explique, on peut convaincre* » [Parent 10].

Les parents, principalement les pro vaccination, savent qu'il s'agit d'une maladie virale. C'est une maladie essentiellement infantile : « *une maladie qui touche essentiellement les enfants* » [Parent 5], mais ils ont connaissance qu'elle peut toucher l'adulte et qu'elle est dans ce cas, potentiellement plus grave : « *plus grave pour les adultes que pour les enfants* » [Parent 9].

Les parents pro vaccination sont au courant du fort potentiel de contagiosité de la rougeole : « *c'est une maladie très contagieuse* » [Parent 2]. Cette notion n'est abordée que par deux parents anti vaccination et elle est banalisée : « *c'est une maladie contagieuse mais comme toutes les maladies virales quoi* » [Parent 20].

#### 3.2.1.2. Signes cliniques

Les signes cliniques de la maladie sont bien connus par l'ensemble des parents.

Les principaux signes évoqués sont la fièvre élevée et l'éruption cutanée marquée par la rougeur de la peau : « *cartes géographiques sur le corps* » [Parent 2]. Cette éruption est jugée impressionnante par les pro vaccination : « *j'ai fini pratiquement rouge* » [Parent 11], et assez banale par les anti vaccination.

Un parent a mentionné les signes cliniques du début de la maladie, à savoir la phase catarrhale : « *ça commence comme un rhume, le nez bouché* » [Parent 19].

Sur le plan général, la rougeole de l'adolescent ou de l'adulte est associée chez les parents anti vaccination à une altération de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement : « *une perte d'appétit assez forte avec du coup une perte de 4-5 kgs sur les 2 semaines* » [Parent 17]. Cette asthénie est banalisée et minorée lorsque la maladie survient dans l'enfance : « *ça rend un peu patraque* » [Parent 20].

Les symptômes sont décrits comme intenses : « *intense on le sent passer* » [Parent 16].

Quant à la durée de la maladie, elle est assez variable, de quelques jours à deux semaines : « *bien bien malade pendant 2 semaines* » [Parent 11].

Rares sont ceux qui ne connaissent pas les symptômes de la maladie : « *je ne sais pas vraiment quels sont les symptômes* » [Parent 8].

D'autres évoquent des signes n'appartenant pas à la rougeole, comme la survenue de boutons et de prurit, évoquant plutôt la varicelle : « *des boutons* » [Parent 1], « *démangeaisons* » [Parent 11].

### **3.2.1.3. Les complications**

Certaines complications sont réelles, c'est le cas des complications neurologiques : « *une affection qui peut avoir des complications neurologiques* » [Parent 3], ophtalmologiques : « *méningites (...) au niveau des yeux aussi* » [Parent 16], et pulmonaires : « *peut avoir des conséquences assez graves tels que pulmonaires* » [Parent 2]. Toutefois aucune précision concernant ces complications n'est apportée.

La maladie est également potentiellement mortelle. Cette notion est clairement identifiée par les pro vaccination : « *une maladie qui dans le monde fait encore des morts à ce jour* » [Parent 4], mais est banalisée par les anti vaccination qui considèrent que cette létalité est actuellement extrêmement rare.

A l'inverse, certaines complications sont fausses : le risque de stérilité chez les garçons, probablement confondu avec les oreillons : « *un risque de stérilité je crois chez les garçons* » [Parent 19], les complications cutanées confondues avec celles de la varicelle (confusion signalée par d'autres parents) : « *on a les fameuses plaques et il me semble que si elles sont grattées après ça fait des petits trous* » [Parent 9], et les complications ophtalmologiques à type de strabisme : « *il paraît que ça m'a déclenché un strabisme* » [Parent 6].

#### 3.2.1.4. Conséquences sociales

Un parent a cité la déscolarisation comme conséquence de la rougeole : « *deux semaines sans être scolarisée* » [Parent 17].

### 3.2.2. Connaissances du vaccin

#### 3.2.2.1. Modalités

Le nom du vaccin est connu pour 13 personnes qui le citent sous l'appellation ROR pour rougeole, oreillons et rubéole, ou MMR en anglais. Il est inconnu pour seulement 2 personnes.

Concernant le nombre d'injections, se sont majoritairement les anti vaccination qui connaissent le nombre exact à savoir 2 injections. Quelques personnes pensent qu'il y en a trois, d'autres avouent ne pas savoir.

Seule une personne connaît les âges des vaccinations (12 et 18 mois), pour 3 personnes la vaccination est faite avant un an, à 1 an pour 3 personnes, à 18 mois pour 1 personne, à 2 ans pour 4 personnes, à 5 ans pour 1 personne et 3 parents ne savent pas.

En ce qui concerne la date d'arrivée sur le marché, pour certains ce vaccin est ancien et donc rassurant : « *c'est un vieux vaccin qui a fait ses preuves* » [Parent 2], pour d'autres il est plus récent : « *j'ai l'impression qu'il n'existe pas depuis très longtemps ce vaccin* » [Parent 6].

Les parents sont conscients que ce vaccin est un vaccin à virus vivant atténué : « *le vaccin c'est quelque chose de vivant* » [Parent 4], et qu'on injecte donc un principe actif pouvant éventuellement engendrer des réactions : « *il est juste atténué, il n'est pas mort* » [Parent 16].

La notion de vaccin combiné est bien connue des parents. Les pro vaccination lui reconnaissent un avantage certain par rapport au nombre d'injections : « *ça évite le nombre de piqûre et ça compte* » [Parent 2], alors que les anti vaccination craignent une surcharge du système immunitaire en injectant trop de vaccins en même temps : « *ne pas accumuler la vaccination* » [Parent 18].

Certains parents avouent avoir vacciné d'avantage pour protéger leurs enfants contre la rubéole et les oreillons que contre la rougeole, et se demandent s'ils l'auraient fait si la rougeole n'avait pas été combinée aux deux autres.

Les parents ne savent pas si le vaccin unique existe encore mais savent qu'à une époque il a existé : « *c'étaient des vaccins séparés* » [Parent 4].

Ils sont un peu perdus dans le calendrier vaccinal à cause des modifications qui lui sont apportées fréquemment : « *je trouve que le calendrier vaccinal il change quand même énormément* » [Parent 3]. Ils reprochent ces changements récurrents qui obligent à revoir toutes les vaccinations pour tout mettre à jour.

Par ailleurs, ils trouvent que ce calendrier vaccinal est chargé. Si certains ne sont pas affectés par cette lourdeur : « *même si on se dit oulala tous les mois il y a un voire deux vaccins, ça fait beaucoup, mais on a envie de les protéger* » [Parent 2], d'autres le sont : « *enfin on en rajoute tout le temps* » [Parent 6].

Globalement, les parents ont des connaissances sur les modalités de la vaccination anti rougeoleuse. Rare sont ceux qui avouent ne pas savoir : « *si je sais quelque chose sur le vaccin lui-même, rien du tout, qu'il est associé avec d'autres mais je ne saurais pas dire lesquels* » [Parent 10].

### **3.2.2.2. Epidémiologie**

Les connaissances du taux de couverture vaccinale varient selon les parents. Certains pensent à tort que cette couverture est élevée : « *maintenant tous les enfants sont vaccinés chez nous* » [Parent 6], d'autres non : « *il y en a qui ne sont pas vaccinés* » [Parent 5].

Le lien entre recrudescence de la maladie et diminution de la couverture vaccinale est clairement reconnu par certains pro vaccination : « *elle est en recrudescence du fait d'une diminution de la vaccination* » [Parent 3], de même que le bénéfice apporté par une couverture vaccinale importante : « *des vaccinations qui ont reculé donc une protection collective qui n'est plus assurée (...) meilleure est la couverture vaccinale, plus on a de chance d'éradiquer la maladie* » [Parent 4].

D'autres y voient une certaine inutilité, un rêve utopique : « *même avec une couverture vaccinale importante, de toute façon les personnes ne réagissent pas toutes en développant une immunité durable* » [Parent 20].

L'accès aux soins est perçu comme facile dans notre société actuelle : « *j'ai juste à aller chercher les vaccins* » [Parent 5]. Mais pour les personnes aux conditions socio-économiques précaires, en France ou ailleurs, cet accès est considéré comme plus difficile : « *les sans-papiers ne peuvent pas tellement faire vacciner leurs enfants sinon ils vont se faire repérer* » [Parent 13], « *dans le passé, il y a eu des absences de vaccination à cause*

de la misère » [Parent 10]. La couverture vaccinale serait donc moins importante et la maladie plus grave : « les gens ne peuvent pas bénéficier des mêmes soins et les problèmes d'épidémie prennent des proportions différentes que dans nos pays » [Parent 18].

### 3.2.2.3. Contre-indications

Cinq contre-indications sont citées et uniquement par les anti vaccination. Quatre sont erronées, à savoir l'asthme : « il y a un fort terrain allergique avec de l'asthme du côté de mon mari donc ça a été aussi une décision par rapport à cela » [Parent 18], les allergies, les maladies neuro dégénératives : « on a beaucoup d'antécédents familiaux d'allergies, de maladies neurodégénératives » [Parent 20], et les maladies bénignes transitoires (comme les rhinopharyngites,...) : « si la personne est malade il vaut mieux ne pas le faire » [Parent 16].

Une est réelle : l'immunodépression, qui contre-indique la vaccination par les vaccins vivants et donc par celui contre la rougeole : « si la personne est immuno-déficiente, on ne peut pas forcément avoir tous les vaccins » [Parent 16].

### 3.2.2.4. Indications

L'immunodépression est considérée comme une indication à la vaccination de l'entourage et de la collectivité afin d'assurer la protection de ceux qui ne peuvent pas se faire vacciner : « la protection des gens qui sont immunodéprimés » [Parent 3].

Toujours sur un plan collectif, les séjours à l'étranger sont perçus par les anti vaccination comme une indication à la vaccination pour protéger la population locale qui n'a pas accès aux mêmes soins et pour éviter les épidémies qui prendront des proportions plus importantes dans ces pays : « j'avais fait les vaccins qui étaient conseillés pour partir dans ces pays-là » [Parent 15]. Ils y associent la notion d'immunité innée propre à un milieu : il est donc indispensable de penser à la vaccination lorsqu'on se déplace dans d'autres pays.

D'un point de vue plus individuel, les anti vaccination considèrent que les indications à la vaccination, doivent être posées selon le terrain vaccinal de la personne. C'est-à-dire, adaptées à son état de santé, à ses antécédents personnels et familiaux, à son métier, à ses loisirs, selon les risques qu'elle présente de rencontrer la maladie et de la transmettre : « au cas par cas en fonction des risques qu'on a de rencontrer cette maladie (...) travaille dans l'humanitaire, avec les immigrés, ou populations à risques dans les pays sous-développés » [Parent 20].



Ainsi, l'épilepsie est citée comme une indication à la vaccination : « *mon fils est épileptique (...) il est hors de question qu'il ait une maladie qui lui fasse monter la température à 41°C pendant 15 jours* » [Parent 14].

### 3.2.2.5. Réactions aux vaccins

La fièvre post-vaccinale est considérée comme normale, transitoire et plus ou moins bien tolérée selon les personnes. Elle n'est pas anxiogène à partir du moment où les parents ont été avertis par le médecin de sa survenue éventuelle : « *38-39 de fièvre pendant 4 jours (...) ça ne m'a pas inquiété plus que ça* » [Parent 11].

Les manifestations cutanées post vaccinales à type de rougeur ou de masses sous cutanées sont perçues plus négativement par les anti vaccination que par les pro vaccination : « *elle a eu des plaques (...) qui la grattent (...) il y a des bosses* » [Parent 19].

Enfin, la majorité des pro vaccination signale l'absence de réaction spécifique au vaccin et n'a pas entendu parler d'effets secondaires particuliers : « *il l'a très bien toléré* » [Parent 11].

### 3.2.2.6. Bénéfices de la vaccination

Les avantages individuels et collectifs de la vaccination sont connus par l'ensemble des parents : « *c'est pour la protection individuelle mais surtout pour la protection collective* » [Parent 3].

Les parents vaccinent pour éviter les complications de la maladie : « *éviter les formes graves voire les décès liées à la pathologie* » [Parent 4]. Ils ne veulent pas que leur enfant soit malade et que la maladie se propage : « *ça évite l'épidémie et la maladie en soi* » [Parent 2], et pour certains la vaccination permet de diminuer l'intensité de la maladie si l'enfant devait l'attraper : « *si l'enfant finit par l'attraper elle soit très très très atténuée* » [Parent 10].

Un autre avantage individuel de la vaccination, découlant lui directement de l'immunité de troupeau, est la protection des enfants non vaccinés. Ceci est valable si la couverture vaccinale est importante ce qui n'est pas encore le cas. Cette attitude est perçue comme égoïste même par ceux la pratiquant : « *si moi je ne vaccine pas, il y aura moins de risque parce que les gens autour de moi vaccinent, mais c'est un peu égoïste je trouve* » [Parent 19].

Sur le plan collectif, la vaccination a pour but d'éradiquer la maladie. Les pro vaccination insistent sur le fait que pour ce faire, la couverture vaccinale doit être maximale, sinon, l'éradication est impossible car il y aura toujours de foyers endémiques : « *si on veut éliminer*

*la maladie ça veut dire que c'est 100% de la population qui faut qui soit vacciné sinon ça n'a pas de sens » [Parent 10].*

La vaccination permet également de lutter contre les épidémies : « *éviter la propagation* » [Parent 18], et de protéger les personnes fragiles telles que les personnes immunodéprimées ou celles n'ayant pas accès aux soins. Pour les pro vaccination, là aussi la notion de couverture vaccinale a son importance dans l'intérêt de la collectivité. Pour les anti vaccination, il s'agit principalement d'éviter la transmission du virus aux personnes fragiles car les complications de la maladie sont beaucoup plus graves pour elles : « *ne pas la transmettre à quelqu'un qui ne pourrait se faire vacciner mais qui s'il l'attrapait se retrouverait dans une situation plus difficile que celui ou celle qui ne se serait pas fait vacciner* » [Parent 17].

### **3.2.3. Législation**

Plusieurs notions sont évoquées dans les domaines éthique, politique et social.

D'un point de vue éthique, les anti vaccination soulignent l'importance des enjeux économiques relatifs au domaine de la vaccination. Cet intérêt économique jette un doute sur la fiabilité des preuves fournies en faveur de la vaccination : « *il y a tellement d'argent dans le jeu, on n'est pas sûr à 100% que les recherches soient super bien trouvées* » [Parent 19]. Les anti vaccination considèrent que d'avantage de moyens sont donnés pour prouver l'intérêt des vaccins que pour en prouver leur nocivité. Cette méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques se traduit par la remise en cause de la qualité des vaccins et des processus de fabrication. Pour eux, les laboratoires veulent vendre, même si ça doit se faire au détriment des individus : « *les laboratoires, ils sont très pour, j'ai toujours un peu l'impression qu'ils veulent aussi vendre* » [Parent 19]. Ils déplorent un manque certain de transparence.

Enfin les anti vaccination émettent des doutes sur le principe de pharmacovigilance. Ils ne pensent pas que tous les effets secondaires des vaccins soient notifiés : « *je ne suis pas sûr qu'on notifie bien tous les effets secondaires des vaccins* » [Parent 20], et craignent même que, pour des raisons économiques, les vaccins nocifs soient laissés sur le marché.

La notion de qualité vaccinale est aussi reprise par les pro vaccination qui soulignent qu'il faut rester vigilant quant à la bonne fabrication des vaccins et à leur composition : « *il faut qu'on soit attentif et vigilant par rapport à la qualité des vaccins* » [Parent 4].

Sur un plan plus politique, il existe une certaine méfiance à l'égard de nos dirigeants, notamment depuis l'affaire de la grippe AH1N1 qui a profondément ébranlé la confiance de la population envers les recommandations sanitaires émanant du gouvernement : « *ils sont parfois un peu dans le sens du vent et je fais beaucoup beaucoup beaucoup moins confiance* » [Parent 10]. Cette méfiance est principalement marquée chez les anti vaccination qui voient dans l'état une volonté de gérer ses citoyens, n'ayant pas forcément comme objectif l'intérêt de cette population : « *enjeux entre guillemets politiques aussi par rapport à la gestion du cheptel humain* » [Parent 18]. Ainsi, toute incitation ministérielle à un acte médical est perçue comme reflétant un intérêt économique pour le gouvernement (stocks à écouler ou machines à rentabiliser).

Il existe également des lacunes dans la connaissance des vaccins obligatoires et recommandés : « *je ne sais pas où en sont véritablement l'état des obligations* » [Parent 10]. Certains parents pensent que la rougeole est obligatoire pour l'entrée en collectivité : « *l'argument c'est surtout l'entrée en collectivité, les vaccins sont obligatoires* » [Parent 12], d'autres que tous les vaccins ne sont « que recommandés ». Cette différence entre recommandation et obligation légale est perçue par les parents comme une différence de niveau de recommandation : un vaccin recommandé est parfois jugé moins utile et efficace qu'un vaccin obligatoire. Les pro vaccination font confiance à leur médecin pour juger de l'utilité des vaccins et se fient à ses recommandations : « *mon médecin traitant m'a expliqué que ce n'était pas obligatoire mais vivement conseillé* » [Parent 5], alors que les anti vaccination ne font eux que les vaccins obligatoires : « *on a fait le choix minimum imposé par la scolarité enfin par l'état quoi* » [Parent 15].

Sur le plan social, l'entrée en collectivité est une étape clé pour la vaccination. La crèche ou toute autre structure collective peut émettre un avis défavorable à l'admission si l'ensemble des vaccins obligatoires comme recommandés n'est pas effectué : « *la crèche peut mettre une barrière* » [Parent11]. L'entrée en collectivité est donc perçue comme une contrainte vaccinale imposée par l'état. En effet, bien que la vaccination contre la rougeole ne soit pas obligatoire mais recommandée et que les parents soient libres, théoriquement, de faire vacciner ou non leur enfant, le choix de l'entrée en collectivité inclut obligatoirement la vaccination : « *il y a une incompatibilité à un moment donné entre les contraintes de la collectivité et les choix individuels, on peut ne pas aller en crèche mais ça induit des organisations de vie différentes* » [Parent 10].

Par contre cette contrainte est également perçue par les pro vaccination comme un certain confort puisqu'elle garantit la vaccination de l'ensemble des enfants de la structure d'accueil : « *je suis rassurée de savoir que mon fils est vacciné et que les autres enfants sont vaccinés,*

*s'ils ne l'étaient pas, je ne suis pas convaincu qu'il irait en crèche (...) donc c'est une contrainte mais c'est aussi un confort » [Parent 11].*

Un dernier point concerne la PMI (Protection Maternelle et Infantile) qui est considérée par les anti vaccination comme un outil de propagande pro vaccinale, souhaitant normaliser la vaccination en usant d'une attitude normative : *« le côté extrêmement normalisant que peut avoir plein de PMI » [Parent 17].*

#### **3.2.4. Mode de pensée des parents**

Le mode de pensée est directement en lien avec le rapport aux normes sociales. Les pro vaccination ont tendance à suivre le mouvement : *« si tout ce monde-là le fait, je vais le faire aussi » [Parent 6]*, les anti vaccination s'en éloignent et déplorent que leur réserve vis-à-vis d'une pensée dominante soit mal perçue : *« il faut avoir un rapport normatif à la médecine et ne pas le réinterroger comme ça au moins on n'a pas d'embrouille » [Parent 17].*

La médecine naturelle occupe une place importante dans le mode de vie des gens vivant en marge des normes sociales. Ils souhaitent une approche différente de la médecine par les médecines parallèles ce qui est, selon eux, mal vu par la médecine conventionnelle : *« votre médecin qui vous fait un procès en sorcellerie si toutefois vous proposez autre chose à côté » [Parent 17].*

L'appropriation de sa propre santé est au cœur de leurs préoccupations. Ils souhaitent comprendre les mécanismes de fonctionnement du corps pour pouvoir prendre eux-mêmes les décisions médicales concernant leur santé : *« une appropriation de l'action de la santé en générale, de son corps, de savoir ce qui ce passe » [Parent 16].*

L'immunisation par la maladie est donc pour eux un procédé naturel souhaité et marqué par une fièvre traduisant la réaction normale de l'organisme qui se défend contre l'infection : *« je suis plutôt pour une immunité qui peut se faire sans forcément passer par la vaccination » [Parent 16].*

Parmi ces personnes, certaines appartiennent à l'anthroposophie qui est un courant de pensée orienté vers les médecines douces : *« ils veulent faire attention à ne pas faire tous les vaccins en même temps et puis ils mettent des petites granules d'homéopathie en même temps » [Parent 19].*

Ces personnes déjà en marge des normes sociales le sont d'autant plus qu'elles sont perçues par celles suivant les normes comme des personnes très proches de la nature, qui se soignent par les plantes, qui mangent bio, qui croient en l'inné et qui refusent de prendre

des antibiotiques. Certains pensent que ce retour vers tout ce qui est naturel est juste un phénomène de mode. D'autres estiment que leur courant de pensée s'appuie sur des raisonnements infondés en partant du principe que tout ce qui est fabriqué par l'Homme est mauvais : « *on est dans le subjectif pur, tout gourou sera plus efficace qu'un médecin* » [Parent 10].

Ce mode de raisonnement, qualifié de subjectif, est même assimilé à une pensée sectaire uniquement basée sur le rejet des modèles de la société : « *il y a une forme d'intolérance, de rejets des savoirs, ce n'est pas une secte, ce n'est pas qualifiable juridiquement en tant que tel mais dans les cheminements de pensée je trouve qu'on en est assez proche* » [Parent 10]. Ces personnes enracinées dans leur croyance, sont difficiles à convaincre de l'utilité de la vaccination car aucune approche scientifique n'est possible.

Parmi les personnes suivant les normes sociales, les gens ne s'impliquent pas forcément dans la vaccination. Certains font vacciner parce que le médecin leur a dit de le faire, mais ne savent pas ce qui est fait comme vaccin. D'autres ne se sentent pas concernés par la rougeole car ils n'ont pas été touchés par celle-ci personnellement ou par l'intermédiaire d'un proche : « *les gens pensent que les maladies n'arrivent qu'aux autres, ils ne se sentent donc pas concernés par la vaccination* » [Parent 7]. Ils ont parfois l'impression qu'il s'agit d'une vieille maladie qui a disparu et ne voient donc pas l'utilité d'une vaccination.

La vaccination peut-être perçue comme une perte de temps. Pourquoi aller chez le médecin « juste » pour un vaccin si tout va bien : « *aller chez le médecin pour un vaccin peut être considéré comme une perte de temps* » [Parent 8].

Enfin, les différences de génération et d'éducation peuvent expliquer un rapport différent à la vaccination. D'après les pro vaccination, les jeunes parents sont d'avantage contre. Dans le passé la parole médicale n'était pas remise en doute comme elle peut l'être actuellement, les parents faisaient ce que le médecin disait de faire, sans poser de questions : « *à l'époque c'était comme ça, on vaccine les enfants point, le monsieur a dit qu'il fallait vacciner* » [Parent 14]. Maintenant, les parents entendent parler des polémiques vaccinales, s'interrogent et peuvent suivre le calendrier vaccinal sur le carnet de santé, ils sont d'avantage en demande d'informations.

### **3.2.5. Réflexivité parentale**

#### **3.2.5.1. Réflexivité individuelle**

La balance bénéfices risques est perçue différemment selon si les parents sont contre ou pour la vaccination. Ainsi cette balance est négative chez les anti vaccination qui estiment le

risque de la vaccination plus important que son avantage. La maladie est jugée bénigne pour l'enfant et le vaccin générateur de maladies plus graves que la rougeole : « *entre le risque de cette maladie infantile, un peu banale, et le risque réel de la vaccination avec les adjuvants, moi j'ai choisi de ne pas faire vacciner* » [Parent 20].

A l'inverse cette balance est positive pour les pro vaccination. Ils sont conscients que le risque zéro n'existe pas mais pour eux, le risque de la maladie est supérieur au risque de la vaccination : « *est-ce qu'il vaut mieux avoir un vaccin ou est-ce qu'il vaut mieux attraper la rougeole ? Donc pour moi, il vaut mieux être vacciné* » [Parent 6]. Ils estiment devoir tout faire pour éviter à leur enfant d'être malade.

Les anti vaccination rejettent le principe de la vaccination systématique. Pour eux, elle ne doit pas être réalisée pour tous, à tel âge, selon un protocole préétabli et appliqué sans réfléchir au terrain vaccinal, mais bien au cas par cas : « *la vaccination pour moi elle est intéressante au cas par cas, en fonction du risque qu'on a de rencontrer cette maladie* » [Parent 20].

Enfin ils souhaitent laisser à leur enfant la liberté de choisir pour eux-mêmes s'ils veulent être vaccinés ou non. Ils ne veulent pas se substituer à cette décision qu'ils jugent personnelle : « *c'est à toi de faire tes choix, en fonction de la vie que tu auras envie d'avoir, si tu veux voyager, enfin le travail que tu vas faire* » [Parent 15].

### **3.2.5.2. Réflexivité collective**

Dans une réflexion à l'échelle collective, la balance bénéfice risque peut être jugée positive par les anti vaccination. En effet, la question de la vaccination s'aborde alors différemment en prenant en compte le risque de transmission de la maladie à l'adulte ou aux personnes immunodéprimées, pour lesquelles la maladie a des conséquences plus graves que chez l'enfant immunocompétent : « *à l'école il y a 2 enfants qui sont immunodéprimés, la question de la vaccination là-dedans, elle peut se poser différemment concernant ma fille si je prends en compte cet aspect-là aussi* » [Parent 17]. Ils sont conscients de l'intérêt pour la protection collective mais émettent toujours des réserves face au risque, même faible, de la vaccination, mais risque réel tout de même.

Ainsi, pour les anti vaccination, la question de la vaccination doit être abordée collectivement. De cette réflexion collective dépendra la décision de l'acte vaccinal. Pour ce faire, ils proposent une réunion en début d'année scolaire avec l'ensemble des parents et le médecin du village, pour évaluer les risques de contracter la rougeole et de la transmettre selon les pathologies des uns et des autres, et prendre ainsi une décision collective et

unanime de vacciner ou pas. Les anti vaccination déplorent ce manque de possibilité d'évaluer la vaccination collectivement : « *c'est vendu comme une réflexion de santé large, de collectivité et c'est annoncé, expliqué individuellement et matraqué individuellement, donc il y a un décalage* » [Parent 16].

Pour eux, les lectures politiques leur permettent d'élargir cette réflexion.

Les pro vaccination sont eux conscients de l'intérêt de la vaccination pour la protection de la population via une immunité collective : « *je pense que la diminution des vaccinations n'est pas en faveur du bien-être de la société* » [Parent 3].

Ils souhaitent une prise de conscience de l'ensemble des personnes, la rougeole est une maladie potentiellement grave qui doit donc être éliminée. Comme il existe une vaccination, il faut en profiter, l'éradication est possible mais à condition que tout le monde se fasse vacciner : « *si on veut éliminer les maladies il faut que tout le monde fasse un effort* » [Parent 13]. Ils déplorent un manque de responsabilité de la part des anti vaccination.

Malgré cette attitude pro vaccinale, les personnes pour la vaccination n'hésitent pas pour autant à user d'un regard critique. Il s'agit pour eux de s'intéresser à la vaccination, de se renseigner sur celle-ci et surtout sur la fiabilité de leurs sources d'informations : « *ce n'est pas de dire oui ou non à la vaccination, c'est simplement s'intéresser, regarder ce qui se passe, ce qu'il y a dans ces vaccins, quels sont les conséquences, on peut exercer un regard critique* » [Parent 12].

### **3.2.6. Représentation de la maladie**

#### **3.2.6.1. Epidémiologie**

Pour certains parents, l'incidence de la rougeole est faible. Elle est considérée comme exterminée ou presque puisqu'ils n'entendent pas parler de cas autour d'eux : « *je croyais qu'elle était en voie de disparition la rougeole* » [Parent 1].

#### **3.2.6.2. Signes cliniques**

Les parents ont tendance à banaliser la rougeole en pensant que c'est une maladie infantile, bénigne, contagieuse mais comme tant d'autres, peu fréquente et se soignant relativement bien : « *on peut soigner cette maladie plus facilement qu'avant* » [Parent 15]. Ils ne craignent pas la rougeole : « *ça ne me semble pas non plus être une maladie dramatique, je la comparerais, on va dire, un peu à la varicelle ou à quelque chose comme ça* » [Parent 7].

D'autres à l'inverse, manifestent des craintes vis-à-vis de cette maladie : « *j'accueille des mamans et quand il y a des boutons, il y a cette inquiétude quand même malgré la vaccination* » [Parent 6].

### **3.2.6.3. Complications**

Ces craintes sont en lien direct avec la perception de la gravité de la maladie.

Pour certains parents, maladie infantile est synonyme de maladie bénigne : « *des maladies infantiles donc qui ne sont pas graves quand tu es petit* » [Parent 16].

Pour les pro vaccination, la rougeole peut avoir des conséquences importantes sur la santé : « *c'est une maladie qui peut être grave parce que risque de complications sévères* » [Parent 4], même si certains mettent en avant le fait qu'elle est rarement grave.

Les anti vaccination minimisent ces conséquences en les restreignant à certaines personnes (immunodéprimés, adolescents ou adultes) ou en insistant sur la rareté de ces complications. Ils estiment qu'elles surviennent uniquement si la personne est incorrectement soignée.

De ces différences de perception de la gravité de la rougeole, découlent des perceptions différentes du niveau de recommandation vaccinale.

Il est faible lorsque la maladie est perçue comme bénigne, ce que l'on constate chez les anti vaccination et certains pro vaccination.

Il est élevé lorsque c'est la gravité potentielle de la maladie qui est mise en avant, ce que l'on trouve chez certains pro vaccination : « *c'est une maladie qui peut être grave donc une vaccination plus que recommandée* » [Parent 4].

## **3.2.7. Représentation du vaccin**

### **3.2.7.1. Modalités**

Pour les parents pro vaccination, l'injection est perçue comme étant douloureuse, d'où aussi l'intérêt des combinaisons vaccinales pour limiter le nombre d'injections : « *ça fait mal* » [Parent 14].

Ils ont confiance dans le vaccin qu'ils jugent utile : « *je suis convaincue de l'utilité de ces vaccins-là* » [Parent 4]. Ils n'ont pas d'inquiétude particulière car il s'agit d'un vieux vaccin pour lequel il y a donc plus de recul que pour les nouveaux arrivés sur le marché.



### 3.2.7.2. Epidémiologie

Les campagnes vaccinales sont perçues différemment selon les parents.

Les anti vaccination y voient un matraquage coercitif. Ils pensent que le gouvernement, voulant écouler des stocks, incite à la vaccination. Ces campagnes sont donc pour eux contre productives : « *les campagnes d'information sur la santé, diffusées largement, moi c'est vrai que ça tout de suite méfiance, super méfiance, à la limite c'est complètement contre-productif* » [Parent 18].

A l'inverse, elles sont perçues positivement par les pro vaccination, qui voient dans ces campagnes d'information diffusées dans les collectivités, une volonté de protéger les enfants : « *un souci de vraiment par rapport aux campagnes de vaccination de vraiment protéger les enfants* » [Parent 4].

### 3.2.7.3. Contre-indications

Il ressort, chez les anti vaccination, la crainte d'hyperstimuler le système immunitaire : « *à quel moment il y a une dérégulation du système immunitaire parce qu'il a été trop sollicité* » [Parent 16]. L'injection de plusieurs vaccins en même temps apparaît pour eux comme une contre-indication à l'acte vaccinal, notamment par rapport au système immunitaire du nouveau-né, jugé immature.

### 3.2.7.4. Indications

Pour certains anti vaccination, des tests d'immunité devraient être réalisés pour déterminer le statut sérologique anti-rougeoleux et poser l'indication d'une vaccination selon les résultats : « *il faudrait effectivement que je passe des tests d'immunité pour savoir où j'en suis* » [Parent 17].

### 3.2.7.5. Réactions au vaccin

Certains parents pensent que le vaccin peut déclencher la rougeole, ou tout du moins une forme atténuée : « *il me semble qu'on peut l'attraper par le biais du vaccin* » [Parent 9].

L'aluminium présent dans les vaccins est source de complications cutanées pour les pro vaccination. Il est mal absorbé par l'organisme et s'accumule donc sous la forme de boules sous cutanées : « *la concentration d'aluminium dans le corps de mon petit garçon, moi je crois que ça c'est un inconvénient* » [Parent 12]. Pour les anti vaccination, l'aluminium serait également responsable de l'autisme « *des gens anti vaccins qui m'ont donné des arguments, que l'augmentation de l'autisme chez certaines populations étaient liés au vaccin* » [Parent

15], et de certains cancers : « *ça pouvait jouer un rôle dans le développement de cancers* » [Parent 20].

Les anti vaccination évoquent des risques allergiques suite à la vaccination, notamment vis-à-vis du latex et de l'arachide : « *sur internet, il y a des gens qui disent que les allergies augmentent depuis qu'il y a plein de vaccins* » [Parent 19].

Ils pensent également que la vaccination peut induire toute sorte de maladies, toujours graves et à long terme, sans être citées précisément : « *la vaccination qui entraînerait pas mal de maladies à long terme* » [Parent 20].

Parmi ces maladies, certains évoquent la maladie d'Alzheimer ou encore des maladies auto immunes : « *il n'y a que des supputations sur la maladie d'Alzheimer (...) dans tout le développement des maladies auto-immunes il y a plein de questions* » [Parent 16].

### **3.2.7.6. Inconvénients**

Le vaccin est source d'angoisse pour les parents anti vaccination dans la mesure où il existe un certain degré d'incertitude. La méconnaissance de ce qui est réellement injecté et des conséquences que cette injection peut avoir, génère de l'anxiété et donc un besoin de réponses claires aux interrogations : « *l'angoisse par rapport à la vaccination, elle est quand même bien présente* » [Parent 16].

La notion de doute est ainsi trouvée. Il existe une hésitation dans la décision vaccinale car il y a toujours un risque, que l'on vaccine ou que l'on ne vaccine pas : « *on n'était pas sur de nous ni dans un sens ni dans l'autre* » [Parent 15]. Les pro vaccination comprennent le questionnement que peuvent avoir tous les parents sur l'acte vaccinal car eux aussi ont conscience que le risque zéro n'existe pas.

Certains parents anti vaccination reprochent à la vaccination de n'avoir qu'une efficacité partielle. Selon eux, on peut attraper la maladie même après avoir été vacciné car certaines personnes ne développent pas assez d'anticorps suite au vaccin qui est donc perçu comme inefficace : « *les personnes ne réagissent pas toutes en développant une immunité durable* » [Parent 20].

Enfin, un point concernant les excipients. Pour les pro vaccination, ils peuvent poser problème et il convient donc de s'intéresser à la composition du vaccin. Pour les anti vaccination, les excipients présentent un risque réel avec des effets nocifs potentiels : « *le risque, je ne pense pas qu'il vient du virus mais plutôt de tous les adjuvants qui sont présents dans le vaccin* » [Parent 20]. La méconnaissance de leur lieu de stockage et

d'élimination au niveau de l'organisme renforce leur crainte quant à d'éventuelles maladies induites à long terme. Ils craignent également que le corps reconnaisse ces composants comme étrangers à l'organisme, et développe un système de défense immunitaire pouvant détruire les cellules de ce même organisme, d'où la théorie du développement de maladies auto immunes.

### **3.2.8. Relation médecin patient**

#### **3.2.8.1. La position du patient**

Il existe différents niveaux de confiance dans le corps médical, uniquement chez les pro vaccination. Certains ont une confiance aveugle dans leur médecin, sans vraiment se poser de questions sur la vaccination, ils font vacciner car leur médecin leur a dit de le faire : « *on fait confiance à notre médecin traitant, on ne sait même pas trop ce qu'on lui donne comme vaccin* » [Parent 8].

D'autres font confiance au corps médical tout en se posant des questions et en se renseignant. Cette confiance est soit projetée individuellement, sur la personne qu'est le médecin : « *je fais totalement confiance à mon médecin* » [Parent 2], soit de façon plus générale, sur le métier qu'il exerce : « *faut aussi faire un peu confiance aux médecins, c'est un peu leur métier (...) ils savent ce qu'ils font* » [Parent 9].

Chez les anti vaccination, deux idées ressortent : la première est celle d'une vaccination visant à maintenir une bonne relation médecin/patient : « *un avantage par la négative, c'est de ne pas s'embrouiller avec son médecin généraliste qui te prend la tête avec les vaccins régulièrement* » [Parent 17].

La deuxième, et de loin la plus fréquente, est la méfiance dans le corps médical. En effet il est directement assimilé à l'Etat et aux laboratoires pharmaceutiques : « *le scientifique tel qu'il est aujourd'hui c'est -à-dire tamponné scientifique par l'Etat et puis par les laboratoires* » [Parent 15]. Son discours est donc corrompu et de ce fait non fiable. Ils estiment que d'avantage de moyens sont donnés aux scientifiques pour prouver l'efficacité des vaccins que pour en évaluer les effets secondaires. Enfin, puisque l'action pro vaccinale est une position dominante, il convient, de principe, de douter et d'user de réflexivité par rapport aux arguments avancés par le corps médical.

#### **3.2.8.2. La position du médecin**

La motivation du médecin peut être perçue de façon différente selon les parents. Pour les pro vaccination, un médecin qui est motivé, avance ses arguments, explique et donc convainc de l'utilité des vaccins : « *le médecin traitant qui a plutôt milité en faveur du*

vaccin » [Parent 10]. Pour les anti vaccination, cette motivation est à double tranchant : d'un côté ils pensent également qu'un médecin motivé peut convaincre de vacciner, à condition que ses explications soient claires ; d'un autre côté, une trop grande motivation en faveur de la vaccination est perçue comme un déni des possibles effets secondaires : « *mon docteur il est tellement pour, qu'il trouve que ce n'est pas intéressant de voir s'il y a un cas différent, c'est un peu l'impression qu'elle me donne* » [Parent 19].

Les anti vaccination soulignent le manque d'humilité du corps médical, la difficulté d'aller chercher le doute chez un médecin et de l'amener à remettre en cause sa pratique : « *il y a plein de questions et il y a peu d'humilité du corps médical pour dire on est au stade des questions, on vous propose ça mais il y a un risque* » [Parent 16]. Ils l'expliquent par le rapport magique au médecin qui existe dans la société et qui le contraint à paraître sûr de ce qu'il avance car s'il émet un doute, la confiance envers lui sera ébranlée et la prise en charge thérapeutique plus délicate.

La notion de pouvoir médical apparaît également, toujours chez les anti vaccination. Le médecin est perçu comme abusant de son rôle en imposant la vaccination. Il n'y a pas d'échange possible, aucune prise en compte des arguments ou questionnements du patient en face : « *face au discours médical, il n'y a pas de portée, pas de prise en compte* » [Parent 16].

Ce pouvoir médical génère à son tour un manque de réflexivité du médecin, ce qui le décrédibilise aux yeux des anti vaccination : « *ce qui est insupportable c'est d'avoir affaire à un médecin qui est persuadé d'avoir la bonne parole et qui ne s'interroge pas forcément sur sa pratique* » [Parent 17].

### **3.2.8.3. La communication en générale**

Pour les pro vaccination, la communication passe par les explications du médecin sur l'évolution du calendrier vaccinal, par les dates des vaccinations qu'il écrit sur le carnet de santé ou corrige selon le nouveau calendrier et par les explications concernant la maladie (les signes cliniques, la gravité, pourquoi faire vacciner, quel vaccin faire) : « *le pédiatre m'expliquait à chaque vaccin, comment il allait faire, ce qu'il y avait dedans, ce que ça pouvait apporter* » [Parent 11], « *je pense qu'il y a vraiment tout un travail d'informations et de communication à faire* » [Parent 4].

Les anti vaccination sont eux en recherche d'une possibilité de dialogue, d'échange, ils déplorent un manque d'informations claires : « *je trouve qu'il y a un manque d'informations*

*flagrant » [Parent 18], « essayer d'avoir des réponses à peu près claires qui dépassent les réponses qu'on peut entendre partout » [Parent 17].*

Enfin, les anti vaccination estiment, à juste titre, que la notion de respect est fondamentale en terme de communication. Ils cherchent donc à échanger avec une personne respectant leurs inquiétudes, entendant leurs doutes et pouvant les expliquer : *« quand tu parles de tes doutes et qu'on te méprise bein forcément la personne n'a pas envie » [Parent 15].* Ce manque de respect et ce mépris des inquiétudes, de la part du corps médical, sont en partie dus, selon eux, au fait qu'une position interrogative du patient est perçue comme irrespectueuse par le médecin alors qu'il ne s'agit là que d'inquiétude. La personne est juste en demande de réponses claires. Cette notion de respect tient du ressenti qui, comme le souligne une maman est différent selon les personnes.

### **3.2.9. Sources d'information**

#### **3.2.9.1. Personnel médical**

Le médecin traitant est perçu comme une source principale et fiable d'information chez les pro vaccination : *« premier réflexe ce sera mon médecin traitant » [Parent 2].* En tant que personne vaccinant, ils leur semblent logique de faire appel à lui lorsqu'ils ont des interrogations sur la vaccination notamment sur ses effets secondaires : *« quand j'ai des interrogations c'est médecin traitant (...) je ne vois pas à qui d'autre poser la question que la personne qui va vacciner votre enfant » [Parent 4].* C'est également le cas concernant l'ensemble du corps médical (professionnel de la santé, médecins, IDE, sage-femme) qui a une certaine légitimité à partir du moment où il vaccine. Finalement, le pédiatre n'est cité qu'une fois toujours en source principale d'information : *« le pédiatre avait conseillé de le faire plus tôt » [Parent 17],* la majorité des parents faisant suivre leurs enfants par leur médecin généraliste.

Pour les anti vaccination, le rôle d'information du médecin traitant doit d'avantage se faire à l'échelle collective qu'individuelle : *« c'est vraiment à prendre en compte collectivement, c'est un peu le rôle du médecin de campagne » [Parent 16].* En effet ils se montrent plus réticents lors d'explications à titre personnel. Ils reprochent un manque de communication entre les médecins, toutes spécialités confondues, trouvant qu'ils ne cherchent pas assez les éventuels effets secondaires auxquels leurs confrères auraient pu être confrontés, et auxquels ils sont eux-mêmes confrontés : *« tout le monde gère le truc dans son coin (...) ils ne communiquent pas au niveau informatique » [Parent 19].*

D'autre part, les anti vaccination ne considèrent pas le corps médical comme une source d'information plus fiable qu'une autre. Ils avouent que la méconnaissance de la part du milieu

médical sur les effets secondaires des vaccins et sur le système immunitaire, ne permet pas d'obtenir des réponses claires à leurs questions et génère donc un manque de confiance : « *le processus immunitaire je ne pense pas qu'on soit très au clair avec* » [Parent 16], « *ils sont surpris, ils ne connaissent pas, et pourtant il y a des articles* » [Parent 19].

Cette absence de partage d'informations et la méconnaissance du milieu médical, affaiblissent la légitimité du médecin en tant que source d'information pour les anti vaccination. Ils recherchent avant tout une source d'information qui sache écouter leurs craintes, ce qui pour eux est difficile avec le corps médical tel qu'il est formé actuellement : « *pas forcément des gens qui sont contre les vaccins mais en tout cas qui peuvent entendre* » [Parent 15].

Ainsi, le médecin homéopathe est, pour eux, une source plus fiable d'information car un échange est possible, le temps d'écoute est plus long. Ils ne cherchent pas nécessairement un homéopathe opposé à la vaccination mais une personne médicale avec laquelle ils peuvent échanger librement et partager leurs réticences : « *un homéopathe, qui n'est pas contre mais qui veut aider un petit peu* » [Parent 19].

Les autres spécialistes cités sont l'allergologue et le dermatologue comme source d'information uniquement en cas de survenue de complications, pour tenter d'obtenir des réponses plus précises : « *je vais voir quelqu'un qui s'occupe des allergies (...) j'ai été voir plusieurs dermatologues* » [Parent 19].

A noter que le carnet de santé est utilisé par les parents pro vaccination comme support informatif puisqu'il contient le calendrier vaccinal : « *je m'appuis à 100% sur le carnet de santé* » [Parent 10]. Il est perçu comme un lien avec le médecin traitant qui note au crayon à papier les dates des vaccins, les corrigent selon les dernières recommandations, permettant ainsi aux parents de suivre l'évolution des vaccinations de leurs enfants : « *notre médecin nous marque au crayon à papier et on suit* » [Parent 6].

Enfin, l'entourage issu du milieu de la santé est une source fiable d'information car considéré comme une source de confiance (médecins, IDE, délégués médicaux) : « *j'ai une amie médecin que j'appelle, qui me donne son avis et je fais ma synthèse* » [Parent 2].

### **3.2.9.2. Internet**

Internet est une source d'information reconnue comme peu fiable par l'ensemble des parents, notamment en ce qui concerne les forums et Doctissimo. Elle reste cependant quasi unanimement consultée, notamment chez les anti vaccination.

Si certains parents sélectionnent correctement les sites : « *on choisit des sites plus officiels, de ministères, d'organismes nationaux* » [Parent 12], « *certaines sites bien faits de l'HAS* » [Parent 3], la majorité va sur ceux des premières pages du web.

Les articles médicaux pointus, parfois consultés par les pro vaccination, sont jugés comme fiables mais difficilement accessibles à la compréhension du tout à chacun si les lecteurs ne sont pas issus du milieu de la santé. A l'inverse, la vulgarisation est jugée accessible mais peu fiable car faisant souvent référence aux polémiques vaccinales : « *la vulgarisation, je n'y fais pas confiance et si je devais lire des articles pointus, je ne suis pas sûr de pouvoir comprendre tous les termes médicaux* » [Parent 2].

Concernant ces polémiques vaccinales, la toile regorge de sites les présentant comme des faits prouvés mais dissimulés au grand public par les organismes de santé. Ainsi, les anti vaccination reconnaissent que tous ces arguments renforcent leur méfiance envers la vaccination car ils n'arrivent pas à savoir où est la vérité : « *peut-être que ce n'est pas juste des délires d'illuminés (...) peut-être que c'est vrai* » [Parent 15].

Parmi les multiples sites, de nombreuses études contradictoires sur la vaccination sont trouvées, renforçant le doute dans l'esprit des parents : « *tu as des articles de gens pour, des articles de gens contre (...) ils se contredisent beaucoup (...) je n'arrive pas bien à comprendre qui dit vrai qui dit faux et quoi en penser* » [Parent 19]. Ces études portent essentiellement sur les risques des composants des vaccins et sur ceux de la combinaison vaccinale. Les parents sont incertains quant à la fiabilité des études tant celles parlant de l'innocuité des vaccins que celles affirmant leur dangerosité. Ils s'interrogent sur l'éventuelle véracité de tous ces propos.

Les parents déplorent donc le fait que la toile soit un véritable gouffre lorsque l'on cherche des renseignements sur la vaccination. Elle n'apporte aucune réponse fiable et est remplie de témoignages négatifs, affirmant avec virulence, mais sans preuve, des liens de cause à effet avec le vaccin. Ces hypothèses présentées comme des liens réels, ne font que générer de l'anxiété, et n'apportent aucune réponse claire aux interrogations des parents : « *ce sont des trucs qui vont te faire peur mais qui ne vont pas indiquer la globalité de ce qui se passe* » [Parent 19], « *internet, de façon très limitée (...) pour chercher des questions peut-être mais pas des réponses* » [Parent 10].

### **3.2.9.3. Médias, presse, magazines, radio**

La presse et les médias sont largement perçus comme des diffuseurs de scandales sanitaires notamment de polémiques vaccinales : « *les risques liés entre le vaccin de*

*l'hépatite B et la sclérose en plaque, c'est quelque chose qui a été vraiment diffusée dans la presse » [Parent 18]. Ils ne sont pas perçus comme une source d'information essentielle mais la médiatisation de ces affaires ne fait qu'ajouter une certaine méfiance de la part du grand public. Les pro vaccination avouent garder confiance, parfois par fatalisme : « avec ce qu'on entend dans les médias entre les médicaments qu'on a pu prendre à certains moments et qui aujourd'hui provoquent certaines choses, je me dis que soit on ne se soigne plus du tout, soit on fait confiance et on suit le mouvement et advienne que pourra » [Parent 7].*

Les revues et magazines sont des sources éventuelles d'informations pour les anti vaccination qui y recherchent des articles sur les polémiques vaccinales : « *je lis pas mal de revues (...) médicales ou plus de vulgarisation, où il y a pas mal d'articles sur les adjuvants, les polémiques » [Parent 20], mais pas pour les pro vaccination.*

Quant à la radio, elle est perçue comme une source non négligeable d'informations par les pro vaccination. Ils estiment qu'elle est davantage dans l'information que dans le scandale : « *j'écoute beaucoup la radio, les brides d'actualités » [Parent 12]. Pour les anti vaccination, elle est au contraire perçue comme une source de propagande via les campagnes de vaccination qui y sont diffusées : « on nous a bassinés avec ça à grand renfort de radio » [Parent 17].*

#### **3.2.9.4. Autres**

L'entourage n'exerçant pas de profession de santé est aussi un moyen pour échanger, recueillir des expériences et obtenir un avis sur la vaccination : « *l'information, c'est par les amis, la famille » [Parent 15]. C'est également le cas des groupes de discussion : « je me serai tournée vers des groupes de discussion » [Parent 14].*

#### **3.2.10. Vécu**

##### **3.2.10.1. Expériences de la rougeole**

Parmi les parents ayant eu la rougeole, le vécu de la maladie a été ressenti différemment. Les pro vaccination ont le plus souvent un souvenir marqué de la rougeole : « *j'en ai un très mauvais souvenir » [Parent 14], alors que les anti vaccination n'ont pas de souvenir particulier de cette période.*

Il en est de même par rapport aux expériences des proches vis-à-vis de la rougeole. Là aussi, les pro vaccination décrivent des rougeoles assez intenses chez leurs proches, alors que les anti vaccination évoquent une rougeole difficilement vécue par les adolescents ou



les adultes mais sans problème chez l'enfant : « *ils ont tous eu la rougeole quand ils étaient petits et ça s'est bien passé* » [Parent 19].

### **3.2.10.2. Expériences vaccinales**

Certains parents ont été vaccinés, d'autres non, indifféremment de leur volonté à faire vacciner leurs enfants. Par contre, les parents ayant un vécu personnel négatif de la vaccination (piqûre à la chaîne, vaccination systématique, réactions secondaires), pour eux-mêmes ou leurs enfants, sont anti vaccination : « *ça me bouscule un peu on va dire, ça m'embête vraiment de voir ma fille avec un truc qui la gêne et qu'on n'arrive pas pour le moment à bien maîtriser* » [Parent 19], et ceux ayant un vécu neutre sont pro vaccination.

Différents lieux de vaccination ressortent de cette étude : à l'école, au dispensaire et au service militaire.

Les anti vaccination ont également vécu des expériences négatives vis-à-vis d'autres vaccins (réaction fébrile et asthénie suite au vaccin contre la fièvre jaune, grippe, hépatite, myélite suite DTP, épilepsie suite variole) avec parfois des procédures judiciaires en découlant : « *ma cousine qui a chopé la myélite suite à un rappel de vaccin, qui est donc handicapée aujourd'hui (...) ses parents ont trouvés des médecins qui l'ont soutenue en disant qu'il fallait porter plainte* » [Parent 15]. Ces expériences de proches ou personnelles, renforcent leur méfiance envers la vaccination.

Les nombreuses polémiques vaccinales, largement diffusées par les médias, impactent sur la décision vaccinale. Ces polémiques, même si elles ne touchent qu'un nombre restreint de vaccins, génèrent de la peur et des doutes sur l'ensemble des vaccinations. Là aussi, le manque d'informations est déploré : « *quand on entend des choses comme ça, on ne peut pas ne pas avoir de doutes, d'autant plus qu'on manque d'informations* » [Parent 19].

### **3.2.10.3. Aspect émotionnel**

Les anti vaccination peuvent ressentir une certaine culpabilité dans leur décision vaccinale. Ils ne veulent pas voir leur enfant malade parce qu'il a été vaccinée ou bien parce qu'il ne l'a pas été : « *on veut qu'il fasse son immunité tout seul et puis en fait on se retrouve, parfois il est très malade et on peut se sentir coupable* » [Parent 16]. Cette situation est difficile à gérer car dans un cas comme dans l'autre, si l'enfant est malade, ils auront le sentiment d'avoir pris la mauvaise décision alors qu'ils ne cherchaient qu'à protéger leur enfant.

Ils sont souvent jugés par les parents pro vaccination et par le corps médical qui les considèrent comme irresponsables : « *ne pas qu'on s'embrouille potentiellement avec les autres parents d'élèves* » [Parent 17].

Ils ressentent une importante coercition vaccinale qu'ils supportent difficilement. Les campagnes de vaccination sont associées à un matraquage vaccinal. Les médecins, les écoles et les PMI sont également perçus comme des propagateurs de vaccins, imposant une vaccination à laquelle il est difficile de résister sous peine d'être méprisé et traité d'irresponsable : « *il y a des mots qui sont employés régulièrement du type irresponsabilité, des choses comme ça, rapport au collectif et rapport à l'individualisme* » [Parent 17].

### **3.3. Résultats qualitatifs du codage matriciel**

Ce codage consiste à croiser les données issues du codage axial avec les caractéristiques socio-démographiques des répondeurs, afin d'identifier des corrélations entre les deux ou tout du moins des influences.

Le nombre de répondeurs est réparti de façon égale dans 4 caractéristiques :

- l'âge (20-30 ans, 31-40 ans, et plus de 41 ans),
- la profession (en lien avec les domaines de la santé ou de la petite enfance, et sans lien avec ces domaines),
- le lieu de résidence (rural et semi rural)
- et l'antécédent de rougeole parentale (oui, non).

Notre étude ne nous permet pas d'analyser les données selon le sexe des participants car 3 hommes seulement ont participé à l'étude contre 17 femmes. Une seule personne provient du milieu urbain, ce critère ne pourra donc pas non plus être étudié. Par ailleurs le nombre d'enfants par participants n'était pas homogène, de même que le nombre d'enfants vaccinés contre le ROR, leur niveau scolaire ou leur mode de gardiennage. Ces critères ne pourront donc pas être retenus.

#### **3.3.1. Connaissance de la maladie**

La prévalence de ce code est forte et augmente avec l'âge des parents. La profession, le lieu de résidence et l'antécédent de rougeole chez les parents n'influencent pas la prévalence de ce code.

Des différences significatives apparaissent pourtant à l'intérieur même de ce code. Ainsi, les signes cliniques de la rougeole et la notion de recrudescence de la maladie sont plus cités par les parents de 20-30 ans, ceux exerçant une profession en lien avec le domaine de la santé ou celui de la petite enfance et ceux vivant en zone semi-rurale.

Les complications de la maladie sont d'avantage citées par les plus de 31 ans, ceux exerçant une profession en lien avec le domaine de la santé ou celui de la petite enfance et ceux vivant en zone semi-rurale.

L'existence d'un traitement à la rougeole n'est citée que par les plus de 31 ans, ceux vivant en zone rurale, et principalement par ceux exerçant une profession sans lien avec le milieu de la santé ou avec celui de la petite enfance.

### **3.3.2. Connaissance du vaccin**

La prévalence de ce code est très forte et augmente avec l'âge des parents. Il est plus présent chez les parents exerçant dans les milieux médicaux ou de la petite enfance que chez les autres. Le lieu de résidence et les antécédents de rougeole chez les parents n'influencent pas la prévalence de ce code. Des différences apparaissent toutefois au sein de ce code.

L'éviction de la maladie est 2 fois plus citée par les 31-40 ans et les plus de 41 ans que par les 20-30 ans. Elle est d'avantage citée par les parents ayant une profession autres que celle en lien avec le milieu de la petite enfance ou celui de la santé.

La lutte contre l'épidémie est 3 fois plus citée par les 31-40 ans et les plus de 41 ans que par les 20-30 ans. Elle est d'avantage citée par les parents ayant une profession en lien avec le milieu de la petite enfance ou celui de la santé.

L'éviction des complications est 3 fois plus citée par les 31-40 ans que par les plus de 41 ans et 2 fois plus que par les 20-30 ans. Elle est d'avantage citée par les parents ayant une profession en lien avec le milieu de la petite enfance ou celui de la santé et 2 fois plus par ceux vivant en zone semi-rurale qu'en zone rurale.

La connaissance des avantages est principalement retrouvée chez les parents n'ayant pas eu la rougeole, notamment par rapport à l'éviction des complications (6 fois plus citée).

Les fausses contre-indications à la vaccination sont essentiellement citées par les parents vivant en zone rurale et par celles exerçant une profession sans lien avec le milieu de la petite enfance ou celui de la santé.

### **3.3.3. Législation**

La prévalence de ce code est faible, notamment chez les 20-30 ans. La profession, le lieu de résidence et les antécédents de rougeole n'influencent pas la prévalence de ce code.

Cependant, dans ce code, on observe des variations.

Les parents jeunes évoquent d'avantage la contrainte vaccinale due à l'entrée en collectivité ainsi que les obligations légales et les recommandations. Ces obligations sont également

plus évoquées chez les parents exerçant une profession en lien avec le milieu de la santé ou de la petite enfance et chez ceux vivant en zone semi-rurale.

Ce sont les 31-40 ans qui se méfient majoritairement des laboratoires pharmaceutiques. La méfiance envers le gouvernement se trouve essentiellement chez les plus de 41 ans. La notion d'enjeu économique qui en découle se retrouve en proportion égale chez ces deux catégories d'âge mais apparaît uniquement chez les parents vivant en zone rurale. En revanche, les 20-30 ans n'évoquent aucune méfiance envers ces deux structures. Cette méfiance et cet enjeu économique apparaissent chez les parents ne travaillant ni dans le domaine de la santé ni dans celui de la petite enfance.

#### **3.3.4. Mode de pensée**

Sa prévalence est faible. Elle est principalement présente chez les 31-40 ans, elle est faible chez les 20-30 ans. Ce code est d'avantage cité par les parents vivant en zone rurale. La profession et les antécédents de rougeole parentale n'influencent pas la prévalence de ce code.

Nous constatons néanmoins que le recours aux médecines naturelles et la volonté d'immunisation par la maladie sont essentiellement présents chez les 31-40 ans, chez les parents ne travaillant ni dans le domaine de la santé ni dans celui de la petite enfance et chez ceux vivant en zone rurale.

L'absence d'implication est retrouvée chez les 20-40 ans.

#### **3.3.5. Réflexivité parentale**

Sa prévalence est faible. Elle est plus importante chez les professionnels de la santé et ceux de la petite enfance. L'âge, le lieu de résidence et l'antécédent de rougeole parentale n'influencent pas cette prévalence.

Toutefois, la perception d'une balance bénéfice risque en faveur de la vaccination augmente avec l'âge des parents, tout comme la notion de responsabilité.

La réflexion autour de l'immunité collective est plus souvent citée par les parents exerçant une profession en lien avec le milieu de la santé ou de la petite enfance.

#### **3.3.6. Relation médecin patient**

La prévalence de ce code est moyenne et augmente avec l'âge. Ce code est d'avantage présent chez les parents exerçant une profession sans relation avec les domaines de la santé et de la petite enfance, et chez ceux vivant en zone rurale. L'antécédent de rougeole n'influence pas la prévalence de ce code.

Plus les parents sont âgés, plus ils déplorent une mauvaise communication avec les médecins. En cause, l'incarnation du pouvoir médical par le médecin et son manque de

respect face à leurs inquiétudes. C'est également principalement le cas des parents ne travaillant ni dans le domaine de la santé ni dans celui de la petite enfance et de ceux vivant en zone rurale.

Ce sont les 20-30 ans, les parents exerçant une profession de la santé ou de la petite enfance et chez ceux vivant en zone semi-rurale qui ont le plus confiance en le corps médical.

### **3.3.7. Représentation de la maladie**

La prévalence de ce code est moyenne. Ni l'âge, ni la profession, ni le lieu de résidence, ni les antécédents de rougeole parentale n'influencent la prévalence de ce code qui est moyenne.

Cependant, à l'intérieur de ce code apparaissent des divergences selon ces mêmes caractéristiques.

La banalisation de la maladie apparaît d'avantage chez les parents n'ayant pas d'antécédent de rougeole.

Les parents vivant en zone rurale sont plus enclins à estimer que la maladie n'est pas grave.

### **3.3.8. Représentation du vaccin**

Sa prévalence est forte. Elle est plus élevée chez les 31-40 ans, chez ceux vivant en zone rurale et chez ceux n'ayant pas d'antécédent de rougeole. La profession n'influence pas la prévalence de ce code.

Les 31-40 ans, les parents vivant en milieu rural et ceux sans antécédent de rougeole, sont ceux qui craignent le plus les effets des excipients à long terme.

Les parents travaillant dans le domaine de la santé ou de la petite enfance et ceux vivant en zone semi-rurale ont d'avantage confiance dans le vaccin.

### **3.3.9. Sources d'information**

La prévalence de ce code est forte, notamment chez les 31-40 ans, ceux vivant en zone rurale et ceux n'ayant pas d'antécédent de rougeole. La profession n'influence pas la prévalence de ce code.

A l'intérieur de ce code, des éléments se distinguent.

Le médecin traitant et l'entourage issu du milieu de la santé, sont les principales sources d'information des parents issus du milieu de la santé ou celui de la petite enfance, de ceux vivant en zone semi-rurale et de ceux ayant un antécédent de rougeole.

Internet est essentiellement cité par les 31-40 ans et par les parents sans antécédent de rougeole, tout comme les études contradictoires. Ces dernières sont majoritairement rapportées par les parents vivant en milieu rural.

### **3.3.10. Vécu**

La prévalence de ce code est forte et augmente avec l'âge des parents. Elle est plus forte chez les parents vivant en zone rurale. La profession et les antécédents de rougeole parentale n'influencent pas la prévalence de ce code.

Les 31-40 ans et les parents vivant en zone rurale ont un vécu personnel de la vaccination uniquement négatif. Pour les 20-30 ans et les parents vivant en zone semi-rurale, ce vécu est exclusivement neutre. Les plus de 41 ans ont un vécu majoritairement neutre.

Les parents vivant en zone rurale ont majoritairement un vécu personnel de la rougeole non marqué, alors que pour ceux vivant en zone semi-rurale, ce vécu est exclusivement marqué.

Les polémiques vaccinales sont d'avantages citées par les 31-40 ans.

Les expériences négatives des proches par rapport à la vaccination ROR sont essentiellement trouvées chez les 31-40 ans, chez les parents vivant en zone rurale et chez ceux ayant eu la rougeole.

La perception d'une coercition vaccinale augmente avec l'âge des parents. Elle est essentiellement présente chez les parents vivant en zone rurale.

## **4. Discussion**

### **4.1. Discussion de la méthode**

#### **4.1.1. Le type d'étude et ses limites**

Le focus group [50] est habituellement considéré comme une technique d'entretien semi-structuré avec des questions ouvertes. Cette technique d'entretien de groupe appartient au domaine des enquêtes qualitatives par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Elle trouve son origine dans la technique de marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis qui permettait le recueil des attentes des consommateurs dans le but de rendre les produits plus attractifs. Elle s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. C'est seulement dans les années 1980 que cette technique a été déclinée en recherche universitaire. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires. En France, les spécialistes des enquêtes qualitatives sont surtout issus de la sociologie, mais cette méthode tend à se développer dans les domaines de la santé.

Le focus group permet d'étudier et de comprendre la variété des opinions, motivations, comportements et sentiments des acteurs sur un sujet donné, mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus, objectiver les facteurs associés aux opinions, comportements ou motivations, faire émerger ou tester des idées nouvelles de façon interactive au sein d'un groupe ou encore de recueillir des informations utiles à la préparation, ou à l'interprétation des résultats, d'une étude quantitative.

Il permet donc d'explorer et de stimuler les différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses opinions et son vécu. La discussion collective permet de clarifier certaines données, de lever les inhibitions de certains, de donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Cette méthode présente donc des avantages certains : la recherche est économique en temps de recueil de données et en argent, les personnes analphabètes peuvent y participer, l'environnement neutre favorise l'expression et la discussion d'opinions controversées, la dynamique de groupe favorise les échanges et donc l'émergence des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne et enfin l'échantillonnage du groupe est sans exigence de représentativité.

Elle présente évidemment des inconvénients : le recrutement de personnes volontaires est parfois difficile à organiser, la réunion de ces personnes au sein d'un même lieu au même horaire est laborieuse à planifier, l'analyse des données est longue et fastidieuse. Il peut exister une domination de certains participants au sein du groupe (leaders d'opinion), il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles, il peut se dégager des normes de

groupe. Enfin les résultats ne peuvent pas être généralisés car, rappelons-le, le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source.

Les informations émanant d'une étude qualitative ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble de la population. Les entretiens sont difficiles à réaliser et demandent des animateurs compétents dans ce domaine.

#### **4.1.2. Les biais de l'étude**

Les participants ont été sélectionnés sur la base du volontariat, ils étaient ainsi peut-être d'avantage impliqués dans la vaccination que ceux n'ayant pas répondu à notre invitation. Les parents ne souhaitant pas être confrontés à d'autres en raison d'opinions divergentes, n'ont sans doute pas répondu non plus.

Les participants étant des parents, leur participation à l'étude nécessitait une certaine organisation pour faire garder leur(s) enfant(s), ce qui a pu empêcher la participation de certains.

Peu d'hommes ont participé à l'étude, la santé de l'enfant étant d'avantage confiée à la maman dans notre société.

Lors des focus group, les participants peuvent s'influencer mutuellement et fausser ainsi les résultats. Il peut se dégager un leader, monopolisant le temps de parole et empêchant ainsi les autres parents d'exprimer leur opinion, soit parce qu'ils n'osent pas couper la parole au leader, soit par crainte des conflits. Ce biais a été compensé par une animation rigoureuse.

Le comportement non verbal, les silences et les intonations n'ont pas été encodés, ce qui peut constituer un frein pour l'analyse de certains propos.

### **4.2. Discussion des résultats**

#### **4.2.1. Freins à la vaccination**

Une revue de la littérature internationale par Rainey et al identifie les causes globales de non vaccination : 45 % sont liés aux systèmes de vaccination (l'accès, les occasions manquées, le manque de connaissance des travailleurs de la santé et le coût pour les vaccinations), 26 % aux caractéristiques de la famille (un faible niveau d'éducation, un faible statut socio-économique, famille nombreuse et l'appartenance à un groupe ethnique ou religieux minoritaire), 22 % aux croyances et connaissances des parents (le manque de connaissances au sujet des vaccinations et la prévention des maladies, la peur des effets indésirables, la croyance que les vaccinations sont inefficaces ou peuvent causer des dommages et le manque de motivation des parents), et 7 % aux limitations dans la communication et l'information liées à la vaccination [51].



Dans notre étude, la crainte de la survenue d'effets indésirables notamment par la représentation d'une imputabilité de certaines maladies aux excipients, est le principal frein à la vaccination. Le deuxième frein identifié est lié au vécu négatif des polémiques vaccinales. Enfin le troisième frein est une communication inadaptée dans la relation médecin patient. Ce facteur-ci est sous représenté dans les autres études. Une possible explication à cela : les études sont majoritairement anglo-saxonnes. Leur système de santé étant différent du notre, l'importance de la relation médecin patient dans la décision vaccinale n'est sans doute pas la même qu'en France, expliquant ainsi l'importance de ce frein dans notre étude par rapport aux autres citées.

Nous allons discuter plus en détails des freins identifiés.

Dans les **connaissances de la maladie**, la croyance inexacte en l'existence d'un traitement spécifique à la rougeole est un frein à la vaccination. Il en est de même quant au fait de sexualiser la maladie en pensant qu'elle n'est dangereuse que pour les garçons avec notamment un risque de stérilité : cette connaissance erronée freine la vaccination des filles. L'étude en focus group d'Hilton et al, révèle que les lacunes dans les connaissances de la maladie rougeoleuse, conduisent à une diminution du sentiment de nécessité de la vaccination [52].

Parmi les **connaissances du vaccin**, les fausses contre-indications en rapport avec le terrain vaccinal constituent un frein à la vaccination. C'est le cas des antécédents personnels ou familiaux allergiques et/ou asthmatiques et de l'état de santé de l'enfant au moment de la vaccination. Ces fausses contre-indications sont également identifiées comme des freins par d'autres études. Ainsi, la croyance que la vaccination ne doit pas se produire lorsque l'enfant a une infection intercurrente bénigne apparaît dans une revue de la littérature sur les études qualitatives portant sur les freins vaccinaux [53].

La lourdeur et les modifications fréquentes du calendrier vaccinal freinent également la vaccination. Selon Kennedy et al, le trop grand nombre de vaccins injectés était le second frein à la vaccination identifié chez 34,2 % des parents britanniques [54].

Enfin un accès aux soins difficile, de part des conditions sociales ou géographiques défavorisées, est un frein à la vaccination. D'après Bouhaman et al, les enfants bénéficiaires de l'AME (Aide médicale d'état) ou n'ayant aucune assurance médicale française, les facteurs liés à l'immigration récente (enfant né à l'étranger, mauvaise pratique du français, mère née en Europe de l'Est) ou la désocialisation (familles sans domicile fixe, absence de scolarisation) sont associés à des retards de vaccination [55].

Concernant la **législation**, la perception d'un enjeu économique ainsi que la méfiance dans le gouvernement et les laboratoires pharmaceutiques sont des freins majeurs à la vaccination. Dans l'étude française Nicolle, un quart des personnes interrogées affirme que l'on continue à vacciner uniquement parce que cela rapporte aux laboratoires [56]. Cette notion de connivence présumée entre le gouvernement, le corps médical et les laboratoires pharmaceutiques motivés par le profit est constatée par d'autres études [57]. Le sentiment anti gouvernement est retrouvé chez 8% des parents britanniques refusant les vaccins [58]. Il existe effectivement dans notre étude comme dans d'autres, une méfiance vis-à-vis des vaccins promus par le gouvernement [59]. Ce frein est tout de même moins marqué en France que chez nos voisins anglo-saxons, là-aussi, ceci peut s'expliquer par la différence des systèmes de santé. Comme le constate Davies, la contestation de l'autorité et le scepticisme à propos des motivations réelles des médecins et des gouvernements imprègnent la littérature anti vaccination [60].

Certains parents de notre étude émettent des doutes sur les déclarations de pharmacovigilance et sur la qualité des vaccins. Cette suspicion de sous déclaration des événements indésirables dus au vaccin, est retrouvée dans les arguments anti vaccins avec des allégations de complots et de dissimulation de la vérité sur l'innocuité des vaccins [61]. La préoccupation en matière de sécurité vaccinale est également identifiée comme un frein à la vaccination par l'étude de Prislín et al [62].

Vis-à-vis de l'absence d'obligation vaccinale, elle apparaît comme un frein à la vaccination anti rougeoleuse. En effet, la différence entre obligation et recommandation vaccinale ne semble pas claire dans l'esprit des parents, recommandé est compris, à tort, comme facultatif et non comme indispensable [63]. A défaut d'être légalement obligatoire, la vaccination est imposée par l'entrée en collectivité, ce qui est perçue comme une entrave aux libertés individuelles. Cette pression des recommandations vaccinales des structures sanitaires s'opposant aux libertés civiles est un des arguments anti vaccins identifiés par Zimmerman et al [61].

En ce qui concerne le **mode de pensée**, différents freins à la vaccination sont identifiés. L'absence d'implication due au fait de ne pas se sentir concerné par la maladie, et l'impression de perdre son temps en se rendant chez le médecin pour une vaccination, en font parties. Les raisons pratiques en relation avec le manque de temps et les horaires des consultations apparaissent dans d'autres études [64]. Selon une enquête épidémiologique transversale nationale française menée en 2001, les carences de la couverture vaccinale, pour l'ensemble des vaccins, semblent plutôt dues à un déficit d'information et de motivation dans la mise à jour des vaccinations qu'à une crainte à l'égard de la vaccination. Les

principaux motifs sont l'oubli de la vaccination (24,2 %), la négligence (15,2 %), l'idée qu'à son âge ce n'est plus la peine (9,5 %), mais surtout pour la plus grande partie des patients (36,9 %), aucun motif n'est évoqué. À l'inverse seulement 3,6 % des patients l'acceptent avec réticence [65]. Dans une autre étude française une des raisons évoquées en défaveur de la vaccination est le fait de penser n'avoir que peu de risque de contracter la maladie [66]. Les jeunes générations, notamment en marge des normes sociales, seraient plus susceptibles de se montrer réticentes à la vaccination d'après les dires des parents de notre étude.

D'autres freins sont mis en évidence dans notre étude, en relation avec une conception plus profonde du mode de vie : la volonté d'appropriation de sa propre santé, la volonté d'immunisation par la maladie, le recours aux médecines naturelles et très secondairement l'anthroposophie.

Dans l'enquête qualitative réalisée par l'institut d'études IPSOS en 2001 auprès d'un panel grand public, les réticences face à la vaccination comportaient la croyance dans le fait que les vaccins empêchent le corps de se défendre tout seul contre les maladies et que la vaccination n'est pas naturelle [66]. Cette volonté d'immunité naturelle est également retrouvée par Prislín et al, qui montre dans son étude qu'il existe chez certains parents une conviction selon laquelle il est préférable de développer une immunité en attrapant la maladie qu'en recevant un vaccin, considéré comme potentiellement dangereux [62]. D'après Sporton et Francis, l'une des causes de non vaccination évoquées par les parents britanniques est effectivement le recours à d'autres méthodes de protection comme l'homéopathie, l'alimentation ou la foi [64]. Parmi la population anthroposophique, Duffell a mis en évidence la notion que la rougeole était considérée comme importante pour le développement de l'enfant avec un renforcement physique et psychique et un gain de maturité décrit par les parents d'enfants ayant eu la rougeole [67]. Contrairement à d'autres, notre étude ne permet pas de mettre en évidence des freins en relation avec des pensées religieuses ou philosophiques. Ceci peut s'expliquer par le fait que le recrutement s'est majoritairement effectué au sein d'établissements publics.

Certains éléments issus de la **réflexivité parentale** apparaissent comme des freins à la vaccination. Il semble évident que la perception d'une balance bénéfique risque négative en soit un, les parents préférant s'abstenir d'une vaccination qu'il juge plus risquée que la maladie elle-même. Dans l'étude d'Evans et al, les parents favorables et ceux opposés à la vaccination partagent les mêmes angoisses sur le vaccin anti ROR mais ces derniers estiment que les risques du vaccin sont plus importants que les risques potentiels de contracter la maladie [68]. Le risque d'une maladie connue est ainsi plus acceptable qu'un

risque moindre de conséquences inconnues [69]. Comme le souligne Sporton et al, même lorsque les risques de l'action et de l'inaction apparaissent comparables, les gens sont plus susceptibles d'opter pour l'inaction (biais d'omission) [70]. Ceci est confirmé par Reyna qui explique que les décisions de prévention incorporent un état asymptotique de statu quo, qui est comparée à un jeu impliquant des risques, ce qui encourage l'inertie et décourage donc la vaccination [71].

La volonté de laisser son enfant décider par lui-même de sa vaccination est un frein à la vaccination qui, même si l'enfant l'accepte, sera faite trop tardivement. Certains parents critiquent le caractère systématique de la vaccination et souhaitent une concertation collective à propos de l'acte vaccinal. Il semble concrètement impossible d'organiser des réunions pour décider de la vaccination des enfants à l'école selon les risques encourus par certains (immunodépression) du fait du respect du secret médical.

Plusieurs facteurs freinateurs émanant de la **relation médecin patient** sont apparus, notamment par rapport à l'image que renvoie le médecin. Ainsi, le manque d'humilité du médecin, son absence de réflexivité sur sa propre pratique médicale et son manque de respect envers les personnes émettant des doutes sur la vaccination, sont des ressentis qui constituent des freins majeurs à la vaccination. L'idée que le médecin incarne un pouvoir médical en est également un. Les seules données émanant de la littérature en lien avec la relation médecin malade mettent en évidence qu'un personnel désagréable, une mauvaise communication et un manque de sensibilisation au calendrier vaccinal sont des freins à la vaccination [53]. Enfin, une trop grande motivation du médecin à promouvoir la vaccination aurait l'effet inverse car perçu comme voulant occulter ses effets secondaires. Ce manque de communication sur la vaccination, sur ses bénéfices mais aussi ses risques, freine considérablement la décision vaccinale. En effet, une revue de la littérature sur les stratégies de communication avec les parents opposés à la vaccination montre que les médecins devraient chercher à susciter les propres motivations des parents à vacciner tout en évitant la persuasion excessive et les débats contradictoires [72].

Le principal frein à la vaccination émanant des **représentations de la maladie**, est la banalisation de la rougeole. L'association maladie infantile - maladie bénigne est rapidement faite, à tort. En effet, plusieurs enquêtes françaises et britanniques ont montré que la perception d'une maladie bénigne était la cause essentielle de non vaccination, aussi bien du côté des médecins que du grand public [73] [59].

Dans le même ordre d'idée, l'impression d'absence de gravité de la maladie et sa rareté, sont des freins considérables à la vaccination, freins également identifiés par l'InVes [18].

Découle de ces représentations, la perception d'un faible niveau de recommandation vaccinale, freinant indubitablement la vaccination. La population n'étant plus autant confrontée qu'avant à la maladie, grâce à une bonne couverture vaccinale, elle n'a plus le sentiment de la nécessité de la vaccination. Le risque perçu n'est plus celui d'être malade mais celui des effets secondaires du vaccin [74].

Parmi les **représentations du vaccin**, nombreuses sont celles qui freinent la vaccination. Il s'agit essentiellement de la perception des potentiels effets secondaires des excipients dont l'aluminium, notamment à long terme. Ils sont accusés d'être cancérigène, allergisant, inducteur de maladies comme l'autisme, les maladies auto-immunes ou encore la maladie d'Alzheimer. Aucun élément ne démontre que les adjuvants (l'hydroxyde ou le phosphate d'aluminium, l'ASO4 ou le squalène) font courir un risque particulier [75], et que les vaccins sont responsables de diabète de type 1, de maladie auto-immunes, de sclérose en plaques ou de maladie inflammatoire intestinale [76]. Pourtant, la principale cause de non vaccination reste la perception du risque d'effets indésirables, comme en témoigne la revue de la littérature sur les études qualitatives portant sur les freins à la vaccination [53].

Les doutes et l'angoisse générés par les affaires sanitaires autour des vaccins, incitent les parents à la méfiance. Les inquiétudes sanitaires sont caractérisées par des rapports de médias de masse qui génèrent la panique en surestimant le risque de décès de causes rares et en sous-représentant le risque de décès de causes les plus fréquentes. À travers les médias, les parents sont témoins de contestation entre les avis d'experts sur les risques relatifs de la vaccination, ce qui jette indubitablement le doute dans leur esprit.

Parmi ces inquiétudes, apparait la crainte d'une hyperstimulation du système immunitaire par l'injection de plusieurs vaccins en même temps. Les parents craignent de surcharger le système immunitaire de l'enfant et sont préoccupés par les effets à long terme de cette surcharge [67]. Selon Gellin, 25 % des 1600 parents américains interrogés pensent que le système immunitaire de leur enfant pourrait s'affaiblir en raison de trop de vaccins [77]. Cette érosion du système immunitaire est une des notions fréquemment évoquées par les anti vaccination [78]. Dans une étude britannique qualitative, la combinaison vaccinale est jugée trop importante pour que le système immunitaire puisse y faire face [79]. Notion que l'on trouve dans notre étude ainsi que dans une autre étude française sur les arguments anti vaccins stipulant que les vaccins combinés sont plus dangereux que les vaccins simples [80].

Il ressort également de notre étude le sentiment d'efficacité partielle de la vaccination, l'immunité générée par le vaccin ne serait que temporaire voire nulle chez certains patients.

Un des freins identifié par l'étude menée par l'institut IPSOS est effectivement la certitude que le vaccin ne sert à rien [66].

La crainte d'une injection douloureuse est un frein minime dans notre étude. Ce frein apparait de façon plus importante dans d'autres études, anglo-saxonnes comme françaises [66].

Certaines **sources d'information** sont des freins à la vaccination. C'est le cas d'internet, où circulent de nombreuses études contradictoires que les parents peuvent consulter et qui génèrent doute et anxiété. Les parents, en recherche d'informations sur la toile, sont confrontés aux nombreux arguments hostiles à la vaccination. Ils y sont donc peu enclins. Selon Davies et al, 43% des sites web analysés en tapant « vaccination » sur les 7 principaux moteurs de recherche étaient contre la vaccination (les 10 premiers sur Google) dont beaucoup se faisant passer pour des sites scientifiques officiels [60]. Une étude canadienne portant sur les sites web anti vaccination, a listé les arguments évoqués sur ces sites : les thèmes de la sécurité et de l'efficacité, la médecine alternative, les libertés civiles, la théorie du complot, la morale, la religion, l'idéologie et la désinformation ont été trouvés sur la plupart des sites analysés [81]. Les parents y trouvent des témoignages négatifs de « victimes » de vaccins, relatant des histoires dramatiques à propos de vaccins qui leur auraient déclenché des maladies graves. Ceci est confirmé par les parents de notre étude. Selon Zimmerman, le recours à des témoignages chargés d'émotion apparait dans 37% des sites web analysés [61]. Or Hilton et al met en évidence que les parents britanniques se sentent particulièrement attirés par les anecdotes impliquant des personnes réelles, et trouvent les histoires d'autres parents plus convaincantes que les statistiques et les assurances des scientifiques et des hommes politiques [82]. Ces maladies étiquetées « induites par le vaccin » sont toujours des pathologies dont l'étiologie n'est pas encore identifiée par le corps médical (autisme, maladie d'Alzheimer, maladies auto-immunes,...). Selon Davies et al, là où la médecine est impuissante à fournir un coupable pour de nombreux troubles idiopathiques, les anti vaccination peuvent combler le vide, apportant des réponses et de la solidarité pour les parents qui se sentent abandonnés par les autorités médicales [60]. Cette méconnaissance du corps médical vis-à-vis des effets secondaires potentiels des vaccins et l'absence de communication entre les médecins, apparaissent dans notre étude comme une entrave à la vaccination. Les parents viennent à douter des connaissances scientifiques et ressentent un manque de contrôle de la part des structures sanitaires, entraînant ainsi une augmentation de la perception du risque.

Dans une moindre mesure, d'autres freins ont pu être identifiés. Il s'agit du recours aux homéopathes, même si leur discours n'est pas anti vaccination, et de l'entourage non issu du

milieu de la santé mais rapportant des expériences négatives sur la vaccination. D'après Benin et al, la source principale d'information des mères américaines opposées à la vaccination est l'homéopathe [83].

Le principal frein à la vaccination portant sur le **vécu** est le sentiment de coercition vaccinale. Les mouvements anti vaccination incitent à la résistance face à cette pression des recommandations des structures sanitaires s'opposant selon eux aux libertés civiles [61]. L'équilibre entre le droit de l'État de contrôler une maladie infectieuse et le droit de l'individu à choisir pour sa propre santé est effectivement difficile à déterminer.

Les polémiques vaccinales, les expériences négatives de proches à propos de la vaccination anti rougeoleuse, et les expériences personnelles négatives à propos d'autres vaccins, sont des freins majeurs à la vaccination.

Le principal problème des polémiques vaccinales est qu'elles jettent le doute sur l'ensemble des vaccins. Les parents opposés à la vaccination justifient en partie leur choix avec les arguments issus des polémiques vaccinales en les généralisant à l'ensemble de la vaccination, sans tenir compte des arguments inverses. Baron et al évoque cette dissonance cognitive en mentionnant que les gens semblent s'engager dans une « croyance exagérée » afin de justifier leur décision, ils se convainquent avec les arguments soutenant leur croyance et donnent moins de poids aux arguments qui ne la soutiennent pas [84]. Il apparaît nécessaire d'informer les parents en leur exposant toutes les données du problème et de les informer plutôt que de minimiser l'importance de la polémique.

Les expériences personnelles négatives et la connaissance d'une personne ayant été gravement malade dans les suites du vaccin sont des freins respectivement identifiés par Sporton auprès de parents britanniques [64] et par l'étude française IPSOS [66]. La crainte des effets secondaires est, nous l'avons vu, un frein majeur à la vaccination, elle l'est d'autant plus quand de tels effets sont rapportés ou vécus par des proches [18].

Un vécu personnel non marqué de la rougeole, c'est-à-dire sans souvenir particulier ni complications, et un vécu négatif personnel de la vaccination anti rougeoleuse sont également des freins à la vaccination. Dans une étude en focus group sur 66 parents, ceux qui avaient eu la rougeole étant enfant mais sans gravité étaient moins susceptibles de reconnaître que les complications de la maladie pouvaient être graves que ceux qui n'avaient pas eu la rougeole dans l'enfance [52]. Le risque étant moins perçu, la vaccination est freinée.

Enfin, le sentiment de culpabilité si l'enfant devait développer une maladie induite par le vaccin est évidemment un frein à la vaccination. La décision vaccinale implique non seulement la prise en compte de la balance des risques et des avantages perçus, mais aussi un «instinct» émotionnel dicté par des sentiments attendus de responsabilité ou de regret si la vaccination devait conduire à des résultats négatifs. Cette crainte de se sentir coupable apparaît chez 77% des parents réticents à la vaccination ROR contre 50% chez les parents non opposés à celle-ci [69]. Selon Raithatha et al, le sentiment des parents de responsabilité de ne pas nuire à leurs enfants peut les conduire à une perception hypertrophiée des risques [85].

#### 4.2.2. Facteurs favorisant la vaccination

Les données de la littérature anglo-saxonne et française montrent que le principal facteur favorisant la vaccination est la connaissance des avantages de celle-ci. Notre étude confirme cette notion et identifie d'autres facteurs importants : la perception de la gravité de la maladie, le fort niveau de recommandation perçue de la vaccination, l'information fournie par le corps médical, essentiellement par le médecin traitant, et la confiance envers les professionnels de la santé.

Nous allons voir plus en détails les facteurs identifiés dans notre étude comme favorisant la vaccination anti rougeoleuse.

Dans les **connaissances de la maladie**, le principal facteur favorisant la vaccination est la connaissance des complications pulmonaires, neurologiques et de mortalité, ainsi que celles des fausses complications telles que cutanées. La notion de contagiosité favorise la vaccination, tout comme celle de la recrudescence de la maladie associée à une faible couverture vaccinale. De savoir que la maladie peut également toucher l'adulte et être potentiellement plus dangereuse passée l'enfance favorise la vaccination. La connaissance et la méconnaissance des signes cliniques de la maladie, en dehors des complications, et la notion de maladie infantile virale, n'affectent en rien, dans notre étude, la décision vaccinale. Il apparaît qu'une connaissance parentale correcte de la maladie entraîne une meilleure couverture vaccinale des enfants [86].

Parmi les **connaissances du vaccin**, nombreuses sont celles qui favorisent la vaccination. Les avantages de la vaccination, à savoir l'éradication de la maladie et de ses complications, et la lutte contre l'épidémie sont le principal facteur favorisant identifié. Il en est de même pour la notion de protection individuelle et collective, notamment pour la protection des sujets fragiles, lors de voyages à l'étranger ou non. Dans l'enquête Nicolle, 94 % des personnes interrogées estiment que la vaccination est importante pour se protéger individuellement de



la maladie et pour 95 % il est important de vacciner pour éviter de la transmettre [56]. Selon une étude britannique, ce sont les parents en faveur de la vaccination anti rougeoleuse qui perçoivent le plus les avantages de la vaccination : la protection contre les symptômes graves de la rougeole (98 % des parents pour contre 84% de ceux qui sont contre ou indécis), la protection des autres enfants qui n'ont pas pu être vaccinés pour des raisons médicales (68% contre 25%) et la protection contre les symptômes courants de la rougeole (63% contre 30%) [69]. La perception d'une couverture vaccinale insuffisante et donc d'un risque accru de rougeole, incite à la vaccination. Rappelons qu'une meilleure connaissance de la vaccination est associée à une couverture plus élevée [87].

L'absence de réaction au vaccin et son ancienneté rassure et favorise donc l'adhésion à la vaccination.

Concernant la **législation**, l'entrée en collectivité est un facteur de pression majoritairement perçu comme favorisant la vaccination car rassurant. Tout comme les parents de notre étude, ceux étudiés par Moran, se sentent rassurés par la contrainte qu'ils estiment nécessaire pour assurer l'immunisation du maximum de personnes et donc pour protéger leur enfant [88]. La perception d'une obligation légale favorise la vaccination. Dans l'enquête Nicolle, plus d'une personne sur deux est en faveur de l'obligation vaccinale [56]. Selon Evans et al, les parents britanniques vaccinant choisissent le respect de l'autorité [68].

En ce qui concerne le **mode de pensée**, l'appartenance à une génération plus ancienne semble favoriser la vaccination par l'absence de remise en question des décisions médicales. Ainsi, toute attitude normative, c'est-à-dire adoptée par la majorité des individus, favorise la vaccination. Une attitude conforme à l'avis des professionnels de santé est le troisième facteur influençant les décisions vaccinales des parents britanniques [68].

Vis-à-vis de la **réflexivité parentale**, la perception d'une balance bénéfice risque positive est un facteur important favorisant la vaccination, les parents jugeant que le vaccin est moins dangereux que la maladie. La prise de conscience des avantages d'une immunité collective et du sentiment de responsabilité envers la collectivité le sont également. Dans notre étude les parents ne vaccinant pas déclarent être souvent critiqués par ceux vaccinant. Selon une étude anglaise portant sur l'analyse d'un forum de discussion sur la vaccination anti rougeoleuse, certains parents étaient très critiques vis-à-vis de ceux qui n'avaient pas vacciné les enfants en bonne santé, et les ont exhortés à le faire en raison de leur responsabilité sociale [89]. Il est nécessaire d'insister sur la compréhension de l'immunité collective comme un bénéfice public et sur l'obligation envers les autres dans la société.

La **relation médecin patient** joue un rôle majeur dans la décision vaccinale. Ainsi, plusieurs éléments favorisent la vaccination : une communication éclairée sur la vaccination, ses avantages et ses éventuels effets secondaires, constitue un pilier majeur de la décision vaccinale. En effet la présentation par le médecin des possibles effets secondaires du vaccin favorise l'adhésion à celle-ci [90]. Face aux parents opposés ou non à la vaccination, Opel démontre qu'il est intéressant d'évaluer leur compréhension en leur demandant de préciser ce qu'ils savent de la vaccination, de la maladie, quelles sont leurs préoccupations afin de corriger toute information erronée. Cette écoute et information claire de la part du médecin entraîne une meilleure adhésion à la vaccination [91].

La confiance dans le corps médical ainsi que la confiance aveugle envers son médecin traitant, sont des éléments favorisant la vaccination, c'est ce qui ressort de nombreuses autres études qualitatives. La motivation du médecin et la volonté de maintenir une bonne relation avec celui-ci, sont de façon plus secondaire, des facteurs favorisant la vaccination.

Parmi les **représentations de la maladie**, certaines favorisent la vaccination. Ainsi, la perception d'un niveau de recommandation vaccinale élevé, en lien avec une maladie perçue comme grave et la crainte de la maladie, sont, nous l'avons vu, un des principaux facteurs favorisant la vaccination. Certains parents ont insisté sur le fait que la maladie était non dénuée de complications, potentiellement mortelle, et qu'elle ne devait donc pas être banalisée.

Certaines **représentations du vaccin** favorisent la vaccination. La confiance dans le vaccin en est un élément majeur. Or cette confiance semble diminuer. En effet, les résultats de l'observatoire sociétal du médicament montrent que 77 % des Français déclarent avoir confiance dans les vaccins en 2013, contre 83 % en 2012, 20 % des Français disent avoir déjà refusé un vaccin ou un rappel, par crainte des effets secondaires dans 55 % des cas [74].

La perception positive des campagnes vaccinales visant à protéger les enfants et la population en général, favorise la vaccination.

Le médecin traitant est la principale **source d'information** favorisant la vaccination. Ceci est corroboré par de nombreuses études anglo-saxonnes [54]. Cependant selon Smailbegovic et al, 30 % des parents britanniques se renseignant auprès de leur médecin, estiment que l'information fournie est insatisfaisante et demandent une discussion plus détaillée [92]. L'étude de Petts et al révèle une préférence pour une discussion en face-à-face avec les professionnels de santé, soulignant l'importance de la communication des risques de santé

centrée sur l'utilisateur [93]. Le carnet de santé, support de l'information vaccinale et lien entre l'enfant, les parents et le médecin, favorise l'adhésion à la vaccination. Les parents peuvent y vérifier les dates que le médecin traitant a notées ou a corrigées selon les dernières recommandations et se sentir ainsi plus impliqué dans la vaccination de leur(s) enfant(s). Les informations émanant de l'ensemble du corps médical (médecins, pédiatres) sont jugées fiables et favorisent donc la vaccination. Elles rassurent les parents tout en les informant. C'est ce qui ressort de l'étude nationale américaine, les métiers de la santé ont une influence positive sur les parents pour vacciner leurs enfants, y compris sur les parents qui croient que les vaccins sont dangereux. Parmi les enfants dont les parents croyaient que les vaccins n'étaient pas sûrs, le taux de couverture vaccinale estimée a été significativement plus élevé chez ceux dont la décision a été influencée par un professionnel de santé (74,4 % vs 50,3% ; IC 95%) [94]. Il en est de même pour l'entourage issu du milieu de la santé. Sa légitimité comme source d'information provient d'une part de sa fiabilité en tant que professionnel de la santé, et d'autre part de la confiance qui lui est portée en tant que proche. La lecture d'articles médicaux, à condition d'en comprendre les termes, favorise également l'acte vaccinal car ils sont jugés comme étant une source fiable d'information.

Un **vécu** personnel marqué de la rougeole, de par son intensité ou ses conséquences médico-sociales, ainsi qu'un vécu personnel relativement neutre de la vaccination, la favorisent. Les parents veulent protéger leur(s) enfant(s) d'une maladie qu'ils ont eux-mêmes mal supportée, et le fait d'avoir été vacciné sans problème particulier les rassure pour la vaccination de leur enfant. L'étude suédoise d'Alfredson et al, montre effectivement qu'une vaccination des parents sans incident favorise la vaccination de leur(s) enfant(s) [95].

### **4.3. Codage matriciel**

Nous avons vu que certains freins et facteurs favorisant avaient une prévalence très importante. Grâce au codage matriciel, nous avons pu dégager des tendances en fonction des caractéristiques de la population étudiée.

Dans la littérature, la faible couverture vaccinale ROR était associée à un nombre d'enfants élevé et aux familles monoparentales [96], [97], ainsi qu'à un niveau d'éducation élevé [98]. De façon plus générale, une faible couverture vaccinale est associée à un nombre d'enfants élevé et à un niveau d'éducation et un niveau socio-économique plus faible [51], [99], ainsi qu'aux bénéficiaires de l'AME, aux sans domicile fixe [55], aux minorités ethniques ou religieuses [51] et à un jeune âge maternel [99]. Une couverture vaccinale élevée était associée à un niveau d'éducation et un niveau socio-économique élevé [100] et à la couverture mutuelle (complémentaires santé, CMUc - couverture maladie universelle complémentaire) [55]. Hormis l'étude française portant sur la complémentaire santé, les

autres sont toutes des études anglo-saxonnes dont les résultats ne peuvent être extrapolés à la situation française, les systèmes de santé, les pratiques vaccinales et les représentations étant inscrits dans une histoire différente.

Dans notre étude, nous avons constaté que l'âge des parents, leur lieu de résidence et leur profession étaient les principales caractéristiques influençant la prévalence des principaux freins et facteurs favorisant la vaccination.

Le principal frein à la vaccination ROR est la crainte des excipients et de leurs possibles effets secondaires. Cette représentation se trouve essentiellement chez les 31-40 ans. Ces parents ont été confrontés aux nombreuses polémiques vaccinales qui fleurissent depuis l'affaire de l'hépatite B et la sclérose en plaque. Ils sont plus enclins à craindre les effets secondaires des vaccins. C'est effectivement cette tranche d'âge qui évoque le plus les polémiques vaccinales. C'est aussi elle qui consulte le plus Internet et évoque les études contradictoires qui jettent un doute dans son esprit. Or, nous l'avons vu, Internet est une source non fiable d'information, dominée par les mouvements anti-vaccination accusant les vaccins de toutes sortes de maladies. Cette crainte des excipients est également trouvée chez les parents vivant en zone rurale et sans antécédent de rougeole, les mêmes qui consultent les études contradictoires.

Nous constatons également que les 31-40 ans et les parents vivant en zone rurale, ont un vécu négatif de la rougeole plus important que les autres, et relatent majoritairement les expériences négatives de proches concernant le vaccin ROR. Les expériences négatives à propos de la vaccination sont d'autant plus prises en compte lorsqu'elles concernent des proches [69]. Il est possible que les personnes vivant en zone rurale partagent d'avantage leurs expériences que celles vivant en zone semi-rurale car la population y est moins nombreuse, les habitants se connaissent d'avantage. Concernant le vécu négatif de la vaccination, les différences observées peuvent s'expliquer par le fait que les conditions de vaccination étaient peut-être différentes selon les générations : les 31-40 ans se rappellent des vaccinations à la chaîne à l'école ou à l'armée. La vaccination semble être vécue négativement par rapport au contexte dans lequel elle a été effectuée plus que par rapport à la tolérance de la vaccination. Les 20-30 ans ont exclusivement un vécu neutre de la vaccination, tout comme les parents vivant en zone semi-rurale et qui ont également et exclusivement un vécu personnel marqué de la rougeole. Ceci peut expliquer en partie le fait que ces personnes soient plus favorables à la vaccination.

Un autre frein essentiel identifié dans notre étude, est la communication inadéquate entre le patient et le médecin. La prévalence de ce frein augmente avec l'âge des parents, tout comme celle du sentiment de coercition vaccinale. Ceci peut être expliqué par le fait que la

relation patient/médecin s'est modifiée, ainsi que les stratégies de politique vaccinale. Comme signalé par certains parents, autrefois, les parents suivaient les instructions du médecin sans poser de questions. Cette relation a heureusement évolué et les parents sont d'avantage en recherche d'informations ce qui a conduit les médecins à être plus éducatifs. La discussion se fait à présent sur un même niveau d'égalité, ce qui peut expliquer le fait que les notions d'irrespect et de pouvoir médical ne se trouvent pas chez les 20-30 ans, qui sont par ailleurs ceux qui déclarent le plus avoir confiance dans le corps médical. Cette confiance, au-delà d'une bonne relation avec le médecin, peut aussi être due au fait qu'il s'agit de parents plus jeunes, ayant donc moins d'expériences et s'en remettant donc plus facilement au corps médical. La mauvaise communication médecin/patient est essentiellement rapportée par les parents vivant en zone rurale, alors que la confiance l'est d'avantage par ceux vivant en zone semi-rurale. Est-ce les attitudes des médecins, des patients, ou de ces deux protagonistes qui diffèrent entre ces deux milieux ? Dans notre étude en tout cas, il existe des différences de mode de pensée entre ces deux milieux, pouvant peut-être expliquer cette variante dans la relation médecin/patient. Les 31-40 ans sont ceux qui ont le plus recours aux médecines naturelles, avec notamment une volonté d'immunisation par la maladie. Ils critiquent la médecine traditionnelle et vivent majoritairement en zone rurale, proches de la nature donc, et exercent une profession sans lien avec les milieux de la santé ou de la petite enfance. Ces 31-40 ans sont aussi ceux qui déclarent avoir le plus de méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques, tout comme ceux exerçant une profession sans lien avec les milieux de la santé ou de la petite enfance. Comme mentionné plus haut, ils ont été d'avantage confrontés aux polémiques vaccinales et médicamenteuses, d'où leur méfiance envers les fabricants des produits pharmaceutiques. Les plus de 41 ans expriment majoritairement leur méfiance envers le gouvernement. Ils ont d'avantage d'expériences en matière de politique et ont connaissances des nombreux scandales émanant des différents gouvernements successifs, ce qui doit les conforter dans leur méfiance. Cette suspicion à l'égard des structures sanitaires, se rencontre essentiellement chez les parents n'exerçant pas une profession en lien avec la santé ou l'enfance. Ils sont peut-être moins informés donc plus méfiants. Découle de ces doutes, la notion d'enjeu économique, exclusivement citée par les parents vivant en zone rurale. Leur mode de pensée orienté vers la nature leur fait peut-être craindre une société gouvernée par le rapport à l'argent. Les plus jeunes n'évoquent quant à eux aucune méfiance vis-à-vis des laboratoires ou du gouvernement, par manque d'expériences peut-être ou par une éducation ou un mode de pensée différent. C'est effectivement chez les 20-30 ans que nous trouvons le plus l'absence d'implication. Cette notion s'applique t'elle uniquement à la vaccination ou s'inscrit-elle dans un mode de vie plus global ?

Nous pouvons également nous demander si le discours des médecins est adapté aux patients car les parents ayant une profession autre que celle en lien avec la santé ou la petite enfance, sont ceux qui déplorent le plus la mauvaise communication avec leur médecin. A l'inverse, ceux ayant confiance dans le corps médical sont principalement issus du milieu de la santé ou de la petite enfance, peut-être parce qu'ils partagent un vocabulaire similaire ou ont plus de connaissances concernant le vaccin, leur permettant d'avoir confiance en la vaccination. Ce sont effectivement les personnes exerçant une profession en lien avec le milieu de la santé ou de la petite enfance, ainsi que celles vivant en zone semi-rurale, qui ont le plus confiance dans le vaccin ROR.

La contrainte liée à l'entrée en collectivité ainsi que les obligations et recommandations vaccinales, sont essentiellement mentionnées par les 20-30 ans car il s'agit de jeunes parents donc d'avantage confrontés à cela que les parents d'enfants plus âgés. Ces recommandations sont d'avantage évoquées par les parents exerçant une profession en lien avec le milieu de la santé ou de la petite enfance et ceux vivant en zone semi-rurale. Ils ont une meilleure connaissance des recommandations d'une part du fait de leur profession où ce genre d'informations circulent, et d'autre part, du fait de leur lieu de résidence. L'information circule peut-être plus facilement en zone semi-rurale, et la relation avec le médecin y est meilleure, car rappelons-le, ceux vivant en zone semi-rurale sont ceux qui ont le plus confiance dans le corps médical. Ce sont aussi ceux qui font le plus appel à leur médecin traitant ou à leur entourage issu du milieu de la santé quand ils sont en recherche d'informations.

Nous constatons qu'en terme de réflexivité parentale, la perception d'une balance bénéfique risque en faveur de la vaccination et la notion de responsabilité, augmentent avec l'âge, les parents gagnant en expérience et en maturité sans doute. La notion d'immunité collective est d'avantage mise en avant par les parents travaillant dans les domaines de la santé ou de la petite enfance, plus au courant des bénéfices de la vaccination notamment dans le domaine de la santé publique.

La banalisation de la maladie avec l'absence de gravité de celle-ci est essentiellement trouvée chez les parents vivant en zone rurale. Ces parents sont également ceux qui ont majoritairement un vécu personnel de la rougeole non marqué. De plus, ce sont les seuls à penser qu'un traitement existe, ils ne perçoivent donc pas la gravité de la maladie. Les connaissances erronées de la maladie sont principalement présentes chez les parents n'exerçant pas une profession en lien avec le domaine de la santé ou de la petite enfance, par méconnaissance. Elles sont également et exclusivement présentes chez les plus de 31 ans, dont nous l'avons vu la principale source d'information est Internet. La communication avec le médecin est insatisfaisante dans cette tranche d'âge, ils sont donc moins informés.

Paradoxalement, les plus de 31 ans connaissent bien les complications de la maladie. Les 20-30 ans sont plus au courant des signes cliniques et de la recrudescence de la rougeole, car leurs enfants sont plus jeunes, ils se sentent plus concernés par les signes premiers de la maladie. Les plus de 31 ans craignent peut-être d'avantage les complications.

La connaissance des avantages de la vaccination est, nous l'avons vu, le principal facteur favorisant la vaccination. Ils sont plus perçus par les plus de 31 ans, possiblement en lien avec l'augmentation de la perception de la balance bénéfice risque positive et de la responsabilité. Alors que les parents travaillant dans le milieu de la santé ou de la petite enfance retiennent essentiellement le bénéfice collectif et l'éviction des complications, ceux sans lien avec ces deux domaines, y voient un avantage plus individuel. Les fausses contre-indications à la vaccination sont majoritairement citées par les parents exerçant un métier sans lien avec le milieu de la santé ou de la petite enfance, et par ceux vivant en zone rurale. Sans doute par manque d'information. Bien que les 20-30 ans soient les plus nombreux à citer le médecin traitant comme principale source d'information, ils ne perçoivent pas autant les avantages de la vaccination, ce qui laisse sous-entendre des lacunes dans la transmission de l'information par le médecin traitant.

Ainsi, les principaux freins à la vaccination sont associés à la tranche d'âge 31-40 ans, aux métiers sans lien avec les domaines de la santé ou de la petite enfance et à la zone rurale. A l'inverse, les facteurs favorisant la vaccination sont associés aux 20-30 ans, aux métiers de la santé ou de la petite enfance et à la zone semi-rurale.

#### **4.4. Stratégies de communication et perspectives**

Selon d'Ivernois et Gagnayre, le diagnostic éducatif peut être fondé sur plusieurs dimensions : biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive (connaissance, représentation) et psycho affective (vécu) [101]. Le médecin doit donc explorer ces dimensions avec le patient. Il pourra ainsi repérer les situations à risque de refus décrites dans notre étude (âge, profession, lieu de résidence) et adapter son discours. Le médecin doit s'efforcer de recueillir les connaissances, représentations et vécus des patients, en leur posant des questions concrètes mais courtes, comme celles utilisées dans notre guide d'entretien. Le médecin doit faire preuve d'ouverture d'esprit afin d'identifier les freins des parents, si nécessaire en reformulant leurs propos. Il doit corriger les informations erronées. Il doit également identifier via le même guide, les éléments facilitateurs afin de susciter les propres motivations des parents à vacciner, et s'appuyer sur leurs arguments pour les convaincre. Plusieurs études ont montré que les cartes explicatives de rappels à la vaccination [102], ou les brochures d'information favorisaient l'adhésion à celle-ci [103], le médecin peut les utiliser en support de l'information fournie.

Il serait intéressant, dans une autre étude qualitative prenant en compte les éléments de ce travail, d'identifier des situations à risque de refus de vaccination et de développer des stratégies de communication pour les contourner. Il conviendrait également de s'assurer que les stratégies décrites sont applicables en consultation de médecine ambulatoire. Enfin, nous pourrions évaluer l'impact, sur les taux de vaccination, des formations médicales des professionnels de la santé à la recherche des freins et facteurs favorisant la vaccination.



## Conclusion

Les représentations des parents et leurs sources d'information apparaissent comme influençant prioritairement leur décision vaccinale. La peur de la maladie a été remplacée par la crainte des effets secondaires, réels ou non. Les freins et facteurs favorisant la vaccination doivent être connus des professionnels de la santé afin d'améliorer les stratégies de communication en faveur de la vaccination. Une écoute attentive et respectueuse des préoccupations des parents de la part des professionnels de la santé, et un partage honnête des connaissances actuelles en termes d'avantages, sans omettre les risques vaccinaux, influencent positivement la décision vaccinale. Il est nécessaire de corriger les perceptions erronées et les erreurs d'interprétation des parents pour améliorer leur compréhension et l'acceptation de la vaccination. Cette communication autour de la vaccination entraîne une contrainte de temps non négligeable dont il faut tenir compte. Notre étude montre que certaines données sociodémographiques semblent influencer la décision vaccinale : l'âge, la profession et le lieu de résidence. Les messages de communication doivent donc être adaptés à la sociologie locale du lieu d'implantation des prescripteurs. Il serait intéressant de s'assurer que les stratégies de communication décrites sont applicables en médecine ambulatoire, s'il en existe d'autres et si la formation des professionnels de la santé à la recherche des freins et facteurs favorisant la vaccination aurait des répercussions en terme de santé publique sur les taux de vaccination.

## Références bibliographiques

- [1] Duke T, et Mgone C S. « Measles: not just another viral exanthem ». *The Lancet* 361, n° 9359 (mars 1, 2003): 763 773. doi:10.1016/S0140-6736(03)12661-X.
- [2] Lopez M. « Pourquoi le virus de la rougeole est-il si contagieux ? », novembre 2, 2011. <http://www.inserm.fr/layout/set/print/espace-journalistes/pourquoi-le-virus-de-la-rougeole-est-il-si-contagieux>.
- [3] Mortamet G, Dina J, Freymuth F, Guillois B, et Vabret A. « Rougeole : que retenir de l'année 2011 ? » *Archives de Pédiatrie* 19, n° 11 (novembre 2012): 1269 1272. doi:10.1016/j.arcped.2012.08.006.
- [4] Ministère des affaires sociales et de la santé. « Les complications sérieuses de la rougeole, ne sont-elles pas réservées aux pays en voie de développement ? - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) », avril 1, 2011. <http://www.sante.gouv.fr/les-complications-serieuses-de-la-rougeole-ne-sont-elles-pas-reservees-aux-pays-en-voie-de-developpement.html>.
- [5] Ministère de la santé et des solidarités, et Inves. « Rougeole et rubéole congénitale: plan d'élimination et nouvelles recommandations ». 2005. [http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/seminaires\\_desc/2006-mai/Rougeole-ministere.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/seminaires_desc/2006-mai/Rougeole-ministere.pdf).
- [6] Ministère de la santé. « BEH » n° 46 (1983): 1.
- [7] OMS. « OMS | Rougeole », avril 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/>.
- [8] *Décret n° 2005-162 du 17 février 2005 modifiant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire. 2005-162, 2005.*
- [9] Ministère de la santé et des solidarités. « Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France 2005-2010 », juin 2005.
- [10] Inpes. « Recrudescence en France: la rougeole », mars 2009. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recrudescence\\_de\\_la\\_rougeole\\_en\\_France.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recrudescence_de_la_rougeole_en_France.pdf).
- [11] Ministère des affaires sociales et de la santé. « Que met-on dans les vaccins contre la rougeole, la rubéole, et les oreillons ? », avril 1, 2011. <http://www.sante.gouv.fr/que-met-on-dans-les-vaccins-contre-la-rougeole-la-rubeole-et-les-oreillons,2647>.
- [12] Floret D, Autran B, et HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). « Les vaccinations ». *adsp* n° 71 (juin 2010): 14 48.
- [13] « PRIORIX pdre/solv p sol inj en seringue préremplie - Vidal.fr ». Consulté le avril 11, 2014. <http://www.vidal.fr/Medicament/priorix-13742.htm>.
- [14] « ROUVAX pdre/solv p susp inj SC IM - Vidal.fr ». Consulté le avril 11, 2014. <http://www.vidal.fr/Medicament/rouvax-14614.htm>.
- [15] « M-M-RVAXPRO pdre/solv p susp inj en seringue préremplie - Vidal.fr ». Consulté le avril 11, 2014. [http://www.vidal.fr/Medicament/m\\_m\\_rvaxpro-74331.htm](http://www.vidal.fr/Medicament/m_m_rvaxpro-74331.htm).

- [16] Assurance maladie. « ameli.fr - Vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole ». Consulté le novembre 6, 2012. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/vaccination-ror/la-vaccination-ror-plus-que-jamais-d-actualite.php>.
- [17] Reinert P, Soubeyrand B, et Gauchoux R. « Évaluation de 35 années de vaccination rougeole–oreillons–rubéole en France ». *Archives de Pédiatrie* 10, n° 11 (novembre 2003): 948 954. doi:10.1016/j.arcped.2003.09.028.
- [18] Ministère de la santé et des solidarités, et Inves. « Mobilisons-nous pour la vaccination! », avril 22, 2011.
- [19] Soubeyrand B. « Tolérance des vaccins : faits et spéculations ». *Médecine et Maladies Infectieuses* 33, n° 6 (juin 2003): 287 299. doi:10.1016/S0399-077X(03)00181-1.
- [20] « Vaccinations et allergies à l'oeuf ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 17 (2004): 390.
- [21] Dumortier B, Nosbaum A, Ponvert C, Nicolas J-F, et Bérard F. « Bonne tolérance de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole chez un enfant allergique à l'œuf et sensibilisé à la gélatine ». *Archives de Pédiatrie* 20, n° 8 (août 2013): 867 870. doi:10.1016/j.arcped.2013.05.006.
- [22] Ministère des affaires sociales et de la santé. « Vaccin - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) », juin 26, 2012. <http://www.sante.gouv.fr/vaccin.html>.
- [23] HCSP. « Avis 11 février 2011 du Haut Conseil de la santé publique relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 24, n° 3 (juin 2011): 154 156. doi:10.1016/j.jpp.2011.04.001.
- [24] Baudon C, Parent du Châtelet I, Antona D et al. Caractéristiques de l'épidémie de rougeole démarrée en France depuis 2008 : bilan des déclarations obligatoires pour les cas survenus jusqu'au 30 avril 2011. *BEH*, 20 septembre 2011; 33-34:353-8.
- [25] Pebody R G, Gay N J, Hesketh L M, Vyse A, Morgan-Capner P, Brown D W, Litton P, et Miller E. « Immunogenicity of second dose measles–mumps–rubella (MMR) vaccine and implications for serosurveillance ». *Vaccine* 20, n° 7 8 (janvier 15, 2002): 1134 1140. doi:10.1016/S0264-410X(01)00435-2.
- [26] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; (10-11) : p. 102-157.
- [27] Ministère des affaires sociales et de la santé. « On m'a dit qu'on pouvait attraper la rougeole même en étant vacciné : Est-ce exact ? », avril 1, 2011. <http://www.sante.gouv.fr/on-m-a-dit-qu-on-pouvait-attraper-la-rougeole-meme-en-etant-vaccine-est-ce-exact,2643>.
- [28] Marais O. « Quelle durée de l'immunité après vaccination ? » *Actualités Pharmaceutiques Hospitalières* 4, n° 13 (février 2008): 6. doi:10.1016/S1769-7344(08)70025-8.

[29] InVS (Institut national de Veille Sanitaire). « BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) », avril 10, 2012.

[30] Ministère des affaires sociales et de la santé. « Et le fait que le vaccin contre la rougeole soit la plupart du temps combiné avec deux autres vaccins... Trois vaccins administrés en même temps, n'est-ce pas trop ? », avril 20, 2009. <http://www.sante.gouv.fr/et-le-fait-que-le-vaccin-contre-la-rougeole-soit-la-plupart-du-temps-combine-avec-deux-autres-vaccins-trois-vaccins-administres-en-meme-temps-n-est-ce-pas-trop.html>.

[31] Direction générale de la santé. « BEH » n° 52 (janvier 5, 1987): 206.

[32] Direction générale de la santé. « BEH » n° 35 (août 27, 1996): 151.

[33] Direction générale de la santé. « BEH » n° 15 (avril 14, 1998): 61.

[34] Institut de veille sanitaire. « BEH » n° 41 42 (octobre 25, 2005): 207.

[35] Institut de veille sanitaire. « BEH » n° 14 15 (avril 19, 2013): 129.

[36] Ministère des affaires sociales et de la santé. « Et pourquoi ce vaccin n'est-il pas obligatoire ? - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) », avril 1, 2011. <http://www.sante.gouv.fr/et-pourquoi-ce-vaccin-n-est-il-pas-obligatoire.html>.

[37] Direction générale de la santé. « Guide des vaccinations Édition 2012 - Réparation, indemnisation et responsabilité ». 2012. [http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012\\_Reparation\\_indemnisation\\_et\\_responsabilite.pdf](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Reparation_indemnisation_et_responsabilite.pdf).

[38] « OMS | Les responsables mondiaux s'engagent à intensifier l'action préventive contre la plus meurtrière de toutes les maladies de l'enfant : la rougeole ». *WHO*, octobre 17, 2003. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr76/fr/index.html>.

[39] WHO, august 08, 2012.

[40] « OMS | Flambées de rougeole en Europe ». *WHO*, avril 21, 2011. [http://www.who.int/csr/don/2011\\_04\\_21/fr/index.html](http://www.who.int/csr/don/2011_04_21/fr/index.html).

[41] Cohen R, Denis F, Gaudelus J, Lery T, Lepetit H, Martinot A, et Stahl J-P. « Couverture vaccinale: les ados en danger...Le point à l'occasion de la semaine de la vaccination ». *Médecine et Maladies Infectieuses* 42 (2012): 139 140.

[42] OMS. « Relevé épidémiologique hebdomadaire » 84, n° 50 (décembre 11, 2009): 517 532.

[43] « Rougeole - Ministère des Affaires sociales et de la Santé -[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) », octobre 13, 2011. <http://www.sante.gouv.fr/rougeole-sommaire.html>.

[44] « Semaine de la vaccination du 20 au 26 avril : La rougeole, priorité nationale 2009 - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ». Consulté le novembre 6, 2012. <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-vaccination-du-20-au-26-avril-la-rougeole-priorite-nationale-2009.html>.

- [45] HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). « Avis relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes », février 11, 2011.
- [46] Martinot, A., R. Cohen, F. Denis, J. Gaudelus, T. Lery, M. Le Danvic, et J.-P. Stahl. « Vaccinoscopie® : étude de l'évolution annuelle entre 2008 et 2011 de la couverture vaccinale des enfants de moins de 7 ans dans la population française ». *Archives de Pédiatrie* 20, n° 8 (août 2013): 837-844. doi:10.1016/j.arcped.2013.05.016.
- [47] InVS (Institut national de Veille Sanitaire). « Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance au 23 janvier 2014. / Points d'actualités / Rougeole / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil », janvier 27, 2014. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Epidemie-de-rougeole-en-France.-Actualisation-des-donnees-de-surveillance-au-23-janvier-2014>.
- [48] ORS du Limousin. « Approche de la couverture vaccinale de la population limousine », décembre 2009. [http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2009/vaccination\\_synth37.pdf](http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2009/vaccination_synth37.pdf).
- [49] InVS (Institut national de Veille Sanitaire). « BVS région Limousin Poitou-Charentes » n° 19 (juin 2013): 2.
- [50] Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, et Terra J-L. « Méthode de recherche: s'appropriier la méthode du focus group ». *La revue du praticien - médecin générale* 18, n° 645 (mars 15, 2004): 382-384.
- [51] Rainey J J, Watkins M, Ryman T K, Sandhu P, Bo A, et Banerjee K. « Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: Findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009 ». *Vaccine* 29, n° 46 (octobre 26, 2011): 8215-8221. doi:10.1016/j.vaccine.2011.08.096.
- [52] Hilton S, Hunt K, et Petticrew M. « Gaps in parental understandings and experiences of vaccine-preventable diseases: A qualitative study ». *Child: Care, Health and Development* 33, n° 2 (2007): 170–179. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00647.x.
- [53] Mills E, Jadad A R, Ross C, et Wilson K. « Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination ». *Journal of Clinical Epidemiology* 58, n° 11 (novembre 2005): 1081-1088. doi:10.1016/j.jclinepi.2005.09.002.
- [54] Kennedy A, Basket M, et Sheedy K. « Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 HealthStyles survey ». *Pediatrics* 127 Suppl 1 (mai 2011): S92-99. doi:10.1542/peds.2010-1722N.
- [55] Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, Rodier P, et Minodier P. « Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques ». *Archives de Pédiatrie* 19, n° 3 (mars 2012): 242-247. doi:10.1016/j.arcped.2011.12.001.
- [56] Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C (sous la dir.). « Enquête Nicolle 2006: connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux ». Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008 : 252 p.

- [57] Wolfe, Robert M, et Sharp L K. « Anti-vaccinationists Past and Present ». *BMJ* 325, n° 7361 (août 24, 2002): 430 432. doi:10.1136/bmj.325.7361.430.
- [58] Fredrickson, Doren D, Davis T C, Arnould C L, Kennen E M, Hurniston S G, Cross J T, et Bocchini Jr J A. « Childhood immunization refusal: provider and parent perceptions ». *Family medicine* 36, n° 6 (juin 2004): 431 439.
- [59] Brown, Katrina F, Kroll J S, Hudson M J, Ramsay M, Green J, Susannah J, Long, Vincent C A, Fraser G, et Sevdalis N. « Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: A systematic review ». *Vaccine* 28, n° 26 (juin 11, 2010): 4235 4248. doi:10.1016/j.vaccine.2010.04.052.
- [60] Davies P, Chapman S, et Leask J. « Antivaccination activists on the world wide web ». *Archives of disease in childhood* 87, n° 1 (juillet 2002): 22 25.
- [61] Zimmerman R K, Wolfe R M, Fox D E, Fox J R, Nowalk M P, Troy J A, et Sharp L K. « Vaccine criticism on the World Wide Web ». *Journal of medical Internet research* 7, n° 2 (2005): e17. doi:10.2196/jmir.7.2.e17.
- [62] Prislín R, Dyer J A, Blakely C H, et Johnson C D. « Immunization status and sociodemographic characteristics: the mediating role of beliefs, attitudes, and perceived control ». *American journal of public health* 88, n° 12 (décembre 1998): 1821 1826.
- [63] Ramoino L. « Connaissances, croyances, représentations des parents concernant les vaccinations de leurs enfants de 0 à 6 ans : étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels et en groupes dans les Alpes-Maritimes ». Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2011.
- [64] Sporton R K, et Francis S A. « Choosing not to immunize: are parents making informed decisions? ». *Family practice* 18, n° 2 (avril 2001): 181 188.
- [65] Beytout J, Denis F, Giet R, et Allaert F A. « Variations régionales du statut vaccinal de la population adulte ». *Médecine et Maladies Infectieuses* 34, n° 10 (octobre 2004): 460 468. doi:10.1016/j.medmal.2004.06.009.
- [66] IPSOS. *Pré-test sur le guide du calendrier vaccinal adolescents-adultes*. 2001 : p.16 – non publié.
- [67] Duffell E. « Attitudes of parents towards measles and immunisation after a measles outbreak in an anthroposophical community ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, n° 9 (septembre 2001): 685 686. doi:10.1136/jech.55.9.685.
- [68] Evans M, Stoddart H, Condon L, Freeman E, Grizzell M, et Mullen R. « Parents' perspectives on the MMR immunisation: a focus group study ». *The British Journal of General Practice* 51, n° 472 (novembre 2001): 904 910.
- [69] Wallace C, Leask J, et Trevena L J. « Effects of a web based decision aid on parental attitudes to MMR vaccination: a before and after study ». *BMJ : British Medical Journal* 332, n° 7534 (janvier 21, 2006): 146 149. doi:10.1136/bmj.38678.681840.68.
- [70] Sporton RK, et Francis S. « Choosing not to immunise: are parents making informed decisions? ». *Fam Pract* 2001;18:181–8.

- [71] Reyna V F. « Risk perception and communication in vaccination decisions: A fuzzy-trace theory approach ». *Vaccine* 30, n° 25 (mai 28, 2012): 3790 3797. doi:10.1016/j.vaccine.2011.11.070.
- [72] Leask J, Kinnorsley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, et Rowles G. « Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals ». *BMC Pediatrics* 12, n° 1 (septembre 21, 2012): 154. doi:10.1186/1471-2431-12-154.
- [73] Maisonneuve H, et Floret D. « Affaire Wakefield : 12 ans d'errance car aucun lien entre autisme et vaccination ROR n'a été montré ». *La Presse Médicale* 41, n° 9, Part 1 (septembre 2012): 827 834. doi:10.1016/j.lpm.2012.03.022.
- [74] « Innovation, efficacité, sécurité... Qu'attend-on des vaccins en 2013 ? » *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 26, n° 6 (décembre 2013): 340 345. doi:10.1016/j.jpp.2013.09.003.
- [75] Berthélémy S, et Buxeraud J. « La vaccination, une démarche de santé publique ». *Actualités Pharmaceutiques* 49, n° 498 (septembre 2010): 14 19. doi:10.1016/S0515-3700(10)70745-X.
- [76] Offit P A, et Hackett C J. « Addressing parents' concerns: do vaccines cause allergic or autoimmune diseases? ». *Pediatrics* 111, n° 3 (mars 2003): 653 659.
- [77] Gellin B G, Maibach E W, et Marcuse E K. « Do parents understand immunizations? A national telephone survey ». *Pediatrics* 106, n° 5 (novembre 2000): 1097 1102.
- [78] Wolfe R M, Sharp L K, et Lipsky M S. « Content and design attributes of antivaccination web sites ». *JAMA: the journal of the American Medical Association* 287, n° 24 (juin 26, 2002): 3245 3248.
- [79] Poltorak M, Leach M, Fairhead J, et Cassell J. « 'MMR talk' and vaccination choices: An ethnographic study in Brighton ». *Social Science & Medicine* 61, n° 3 (août 2005): 709 719. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.014.
- [80] Balinska M-A, et Léon C. « Opinions et réticences face à la vaccination ». *La Revue de Médecine Interne* 28, n° 1 (janvier 2007): 28 32. doi:10.1016/j.revmed.2006.10.327.
- [81] Kata A. « A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet ». *Vaccine* 28, n° 7 (février 17, 2010): 1709 1716. doi:10.1016/j.vaccine.2009.12.022.
- [82] Hilton S, Petticrew M, et Hunt K. « Parents' champions vs. vested interests: Who do parents believe about MMR? A qualitative study ». *BMC Public Health* 7 (mars 28, 2007): 42. doi:10.1186/1471-2458-7-42.
- [83] Benin A L, Wisler-Scher D J, Colson E, Shapiro E D, et Holmboe E S. « Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust ». *Pediatrics* 117, n° 5 (mai 2006): 1532 1541. doi:10.1542/peds.2005-1728.
- [84] Baron J. « Thinking and deciding ». 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

- [85] Raithatha N, Holland R, Gerrard S, et Harvey I. « A qualitative investigation of vaccine risk perception amongst parents who immunize their children: a matter of public health concern ». *Journal of public health medicine* 25, n° 2 (juin 2003): 161 164.
- [86] Moreau E. « Connaissances parentales sur la rougeole et sa vaccination en 2013 ». Thèse d'exercice, Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine, 2013.
- [87] Boràs E, Domínguez À, Fuentes M, Batalla J, Cardeñosa N, et Plasencia A. « Parental knowledge of paediatric vaccination ». *BMC Public Health* 9, n° 154 (2009). doi:10.1186/1471-2458-9-154.
- [88] Moran N, Shickle D, et Richardson E. « European citizens' opinions on immunisation ». *Vaccine* 26, n° 3 (janvier 17, 2008): 411 418. doi:10.1016/j.vaccine.2007.11.001.
- [89] Skea Z C, Entwistle V A, Watt I, et Russell E. « 'Avoiding harm to others' considerations in relation to parental measles, mumps and rubella (MMR) vaccination discussions – An analysis of an online chat forum ». *Social Science & Medicine* 67, n° 9 (novembre 2008): 1382 1390. doi:10.1016/j.socscimed.2008.07.006.
- [90] McCauley, Mason M, Kennedy A, Basket M, et Sheedy K. « Exploring the choice to refuse or delay vaccines: A national survey of parents of 6-through 23-month-olds ». *Academic Pediatrics* 12, n° 5 (septembre 2012): 375 383. doi:10.1016/j.acap.2012.06.007.
- [91] Opel, Douglas J, Robinson J D, Heritage J, Korfiatis C, Taylor J A, et Mangione-Smith R. « Characterizing providers' immunization communication practices during health supervision visits with vaccine-hesitant parents: A pilot study ». *Vaccine* 30, n° 7 (février 8, 2012): 1269 1275. doi:10.1016/j.vaccine.2011.12.129.
- [92] Smailbegovic M S, Laing G J, et Bedford H. « Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals ». *Child: Care, Health and Development* 29, n° 4 (2003): 303–311. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00347.x.
- [93] Petts J, et Niemeyer S. « Health risk communication and amplification: Learning from the MMR vaccination controversy » 6, n° 1. *Health, Risk and Society* (mars 2004): 7 23. doi:10.1080/13698570410001678284.
- [94] Smith P J, Kennedy A M, Wooten K, Gust D A, et Pickering L K. « Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage ». *Pediatrics* 118, n° 5 (janvier 11, 2006): e1287 e1292. doi:10.1542/peds.2006-0923.
- [95] Alfredsson R, Svensson E, Trollfors B, et Borres Mp. « Why do parents hesitate to vaccinate their children against measles, mumps and rubella? ». *Acta Pædiatrica* 93, n° 9 (2004): 1232–1237. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb02755.x.
- [96] Wright J, et Polack C. « Understanding variation in measles-mumps-rubella immunization coverage: A population based study ». *Eur J Public Health* 2006;16:137-42.
- [97] Pearce A, Law C, Elliman D, Cole T J, Bedford H, et Millennium Cohort Study Child Health Group. « Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: Prospective cohort study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 336, n° 7647 (5 avril 2008): 754 757. doi:10.1136/bmj.39489.590671.25.



- [98] Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, et Schenk L. « Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany ». *Vaccine* 27, n° 19 (avril 28, 2009): 2563 2569. doi:10.1016/j.vaccine.2009.02.009.
- [99] Danis K, Georgakopoulou T, Stavrou T, Laggas D, et Panagiotopoulos T. « Socioeconomic factors play a more important role in childhood vaccination coverage than parental perceptions: a cross-sectional study in Greece ». *Vaccine* 28, n° 7 (février 17, 2010): 1861 1869. doi:10.1016/j.vaccine.2009.11.078.
- [100] Keane M T, Walter M V, Patel B I, Moorthy S, Stevens Bender R, Bradley K M, Buford J F, et al. « Confidence in vaccination: a parent model ». *Vaccine* 23, n° 19 (mars 31, 2005): 2486 2493. doi:10.1016/j.vaccine.2004.10.026.
- [101] D'Ivernois J F, et Gagnayre R. « Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique ». (nouvelle édition), 4 ed. Paris: Maloine; 2011.
- [102] Vannice K S, Salmon D A, Shui I, Omer S B, Kissner J, Edwards K M, Sparks R, Dekker C L, Klein N P, et Gust D A. « Attitudes and beliefs of parents concerned about vaccines: impact of timing of immunization information ». *Pediatrics* 127 Suppl 1 (mai 2011): S120 126. doi:10.1542/peds.2010-1722R.
- [103] Hawe P, McKenzie N, et Scurry R. « Randomised controlled trial of the use of a modified postal reminder card on the uptake of measles vaccination ». *Archives of Disease in Childhood* 79, n° 2 (août 1998): 136 140.

## Table des annexes

Annexe 1. Le guide d'entretien.....	100
Annexe 2. Le courrier à destination des parents.....	101
Annexe 3. Fiche de recueil des données socio-démographiques.....	102
Annexe 4. Codage descriptif : liste des codes ouverts.....	103
Annexe 5. Exemple de codage axial : le vécu.....	107
Annexe 6. Codage matriciel.....	108

## Annexe 1. Le guide d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ETUDE EN FOCUS GROUP

- 1- Que représente pour vous la rougeole ? (fréquence, gravité, contagiosité,...) Avez-vous eu la rougeole ?
  
- 2- Que connaissez-vous de la vaccination contre la rougeole ? (vous rappelez-vous du nom du vaccin, des modalités de vaccinations, de la notion de vaccin combiné ou seul, de la prise en charge de la vaccination, du nombre d'injections selon l'âge,...)
  
- 3- Quels sont selon vous les avantages de la vaccination anti-rougeoleuse ?
  
- 4- Quels en sont ses inconvénients ?
  
- 5- Sur quels arguments avez-vous décidé de faire vacciner ou pas vos enfants ?
  
- 6- Si vous avez des interrogations vis-à-vis du vaccin, où cherchez-vous des réponses ?

## Annexe 2. Le courrier à destination des parents

GORRE, le 26/01/13

Melle REZOLA Delphine  
Peyrat de massaloux  
87310 GORRE  
Mail : [delphine.rezola@etu.unilim.fr](mailto:delphine.rezola@etu.unilim.fr)

Objet : thèse de médecine générale.

Mesdames, Messieurs,

Je suis interne en Médecine Générale et je réalise un travail de recherche sur la vaccination anti rougeoleuse, dirigé par le Professeur Nathalie DUMOITIER (médecin généraliste installé à Limoges et professeur de Médecine Générale à la faculté).

Actuellement, la rougeole est une maladie en recrudescence car la couverture vaccinale reste insuffisante.

Mon travail de recherche a pour but d'essayer de comprendre pourquoi les parents font ou ne font pas vacciner leurs enfants.

En tant que parents, seriez-vous intéressés pour participer à un groupe de réflexion afin de recueillir vos sentiments vis-à-vis de cette vaccination?

Ce groupe d'échange se déroulera au sein de l'établissement, courant mars, selon les disponibilités de la majorité des parents répondant à mon invitation.

Si vous êtes intéressés, vous voudrez bien remplir le bulletin de réponse ci-joint et le remettre à la directrice de votre établissement avant le 15 février afin que je puisse vous recontacter par mail pour organiser notre réunion.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ma thèse et vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, en l'assurance de ma considération distinguée.

Je reste bien sur à votre disposition pour de plus amples renseignements.

Delphine REZOLA

-----  
NOM :

PRENOM :

COORDONNEES

Téléphone :

Mail :

### Annexe 3. Fiche de recueil des données socio-démographiques

#### RECUEIL INDIVIDUEL DE DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

NOM/PRENOM :

AGE :

SEXE :

PROFESSION :

LIEU DE RESIDENCE :

-Rural (-2000 habitants)

-Semi-rural (entre 2000 et 20000 habitants)

-Urbain (+20000 habitants)

POUR CHACUN DE VOS ENFANTS :

AGE / SEXE	GARDIENNAGE (Crèche familiale, Crèche collective, Assistante maternelle ou Famille)	NIVEAU SCOLAIRE (Maternelle, Primaire, Collège, Lycée général, Lycée professionnel, CAP, BEP ou Apprentissage)	VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE (Oui, non ou ne sait pas)	AUTRES VACCINATIONS (Diptérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus, rubéole, oreillon, hépatite B, pneumocoque, méningite C, papillomavirus)

## Annexe 4. Codage descriptif : liste des codes ouverts

Absence de communication entre médecin

Absence de réactions au vaccin

Absence d'implication

Accès aux soins

Age de la vaccination

-moins de 1 an, 9 mois

-18 mois

-2 ans

-5 ans

Allergies

Allergisant

Allergologue

Aluminium

Ancienneté

-oui

-non

Angoisse

Anthroposophie

Appropriation de sa propre santé

Articles médicaux

Asthénie

Asthme

Autisme

Balance bénéfiques/risques négative

Balance bénéfiques/risques positive

Banalisation de la maladie

Boutons

Cancérogène

Campagnes vaccinales négatives

Campagnes vaccinales positives

Carnet de santé

Catarrhe

Choix des enfants

Choix et contraintes

Coercition vaccinale

Communication

Complications cutanées

Complications neurologiques

Complications ophtalmologiques

Complications pulmonaires

Confiance aveugle

Confiance dans le corps médical  
Confiance dans le vaccin  
Contagiosité  
Courant de pensée  
Couverture vaccinale  
 Crainte de la maladie  
Culpabilité  
Dermatologue  
Déscolarisation  
Différence de génération  
Doute  
Durée de la maladie  
Efficacité partielle  
Enjeu économique  
Entourage issu du milieu de la santé  
Entourage non issu du milieu de la santé  
Entrée en collectivité  
Epilepsie  
Eradication  
Eruption cutanée  
Etudes contradictoires  
Eviter la maladie  
Eviter les complications  
Excipients  
Expériences de proches  
Expériences négatives d'autres vaccins  
Faible incidence  
Fièvre  
Fièvre post-vaccinale  
Gravité  
    -oui  
    -non  
    -je ne sais pas  
Groupes de discussion  
Homéopathe  
Hyperstimulation du système immunitaire  
Ignorance des parents  
Immunisation par la maladie  
Immunité collective  
Immunodépression  
Induction vaccinale de la rougeole  
Injection douloureuse  
Intensité des symptômes  
Intérêt individuel

Internet  
Jugement  
La presse  
Lectures politiques  
Lourdeur du calendrier vaccinal  
Lutte contre l'épidémie  
Maintien d'une bonne relation médecin patient  
Maladie atténuée  
Maladie d'Alzheimer  
Maladie de l'adulte  
Maladie induite  
Maladie infantile  
Maladie mortelle  
Maladie sexualisée  
Maladie virale  
Maladies auto immunes  
Manifestations cutanées post-vaccinales  
Manque d'humilité  
Méconnaissance du vaccin  
Méconnaissance de la part du milieu médical  
Médecin traitant  
Médecine naturelle  
Médias  
Méfiance dans le gouvernement  
Méfiance dans les laboratoires pharmaceutiques  
Modification du calendrier vaccinal  
Motivation du médecin  
Niveau de recommandation vaccinale perçu  
    -faible  
    -élevé  
Nom du vaccin  
    -non connu  
    -ROR  
Nombre d'injections  
    -2 injections  
    -3 injections  
    -ne sait pas  
Obligation légale/recommandations  
Pédiatre  
Pensée sectaire  
Perte d'appétit/de poids  
Perte de temps  
Pharmacovigilance  
PMI



Polémiques vaccinales  
Pouvoir médical  
Principe actif  
Protection des plus fragiles  
Prurit  
Qualité vaccinale  
Radio  
Rapports aux normes sociales  
Recrudescence  
Réflexion collective  
Réflexivité du médecin  
Regard critique  
Respect  
Responsabilité  
Revue  
Rougeur de la peau  
Séjour à l'étranger  
Signes cliniques non connus  
Stérilité  
Terrain vaccinal  
Test d'immunité  
Traitement  
Vaccin à virus atténué  
Vaccin combiné  
Vaccin unique  
Vaccination à l'école  
-oui  
-non  
Vaccination au dispensaire  
Vaccination au service militaire  
Vaccination des parents  
-oui  
-non  
-je ne sais pas  
Vaccination systématique  
Vécu personnel de la rougeole  
-marqué  
-non marqué  
Vécu personnel de la vaccination  
-négatif  
-neutre  
Vulgarisation

## Annexe 5. Exemple de codage axial : le vécu

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
Parents	64	15	7	6	16	6	22	0	4	7	4	3	0	3	4	9	13	9	5	13	6	8
Parent n°1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Parent n°2	7	0	0	0	0	0	3	0	4	0	4	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	5
Parent n°3	8	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	4	0	0	0	0
Parent n°4	3	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parent n°5	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parent n°6	10	0	0	0	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	5	5	0	4	0	4
Parent n°7	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parent n°8	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	3
Parent n°9	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Parent n°10	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parent n°11	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0
Parent n°12	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parent n°13	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parent n°14	4	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	3	3	0	0	0	0
Parent n°15	6	0	0	2	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parent n°16	19	5	3	2	5	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	3	0
Parent n°17	16	8	0	2	3	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	3	0
Parent n°18	10	4	0	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Parent n°19	6	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0
Parent n°20	5	3	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0

A : Vécu

B : Coercition vaccinale

C : Culpabilité

D : Expériences négatives d'autres vaccins

E : Expériences de proches

F : Jugement

G : Polémiques vaccinales

H : Vaccination à l'école

I : non

J : oui

K : Vaccination au dispensaire

L : Vaccination au service militaire

M : Vaccination des parents

N : je ne sais pas

O : non

P : oui

Q : Vécu personnel de la rougeole

R : marqué

S : non marqué

T : Vécu personnel de la vaccination

U : négatif

V : neutre

## Annexe 6. Codage matriciel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Parents	75	61	38	41	43	49	49	55	59	65
Parents: âge = entre 20 et 30	34	29	14	8	17	13	20	20	20	18
Parents: âge = entre 31 et 40	45	33	23	27	23	25	26	35	34	34
Parents: âge = entre 41 et 50	36	32	12	14	15	21	17	20	20	32
Parents: âge = >50	18	12	9	7	2	10	9	7	9	12
Parents: profession = milieu médical	37	30	14	16	28	18	28	28	24	33
Parents: profession = milieu de la petite enfance	28	17	12	7	7	8	8	15	14	11
Parents: profession = autres	58	44	25	28	24	36	31	37	42	40
Parents: lieu de résidence = rural	51	35	23	29	26	33	30	37	41	43
Parents: lieu de résidence = semi-rural	54	42	22	19	26	20	30	30	27	32
Parents: antécédent de rougeole parental = oui	33	25	19	12	15	16	18	28	27	19
Parents: antécédent de rougeole parental = non	25	16	10	9	7	13	14	13	15	23

A : Connaissance du vaccin

B : Connaissance de la maladie

C : Législation

D : Mode de pensée

E : Réflexivité parentale

F : Relation médecin patient

G : Représentation de la maladie

H : Représentation du vaccin

I : Sources d'informations

J : Vécu

## Table des illustrations

Figure 1 : Nombre de cas déclarés de rougeole dans le monde entre janvier et juillet 2012.	30
Figure 2 : Taux de vaccination anti rougeole des enfants par pays en 2009.....	31
Figure 3 : Taux d'incidence de la rougeole en Europe par pays.....	32
Figure 4: Incidence des cas déclarés de rougeole en France entre octobre 2010 et août 2011.....	33
Figure 5 : Distribution géographique des cas déclarés entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2013 en France.....	35

## Table des tableaux

Graphique 1 : Nombre d'hommes et de femmes par focus group .....	42
Diagramme 1 : Nombre de parents par lieu de résidence .....	43
Tableau 1: Etat des vaccinations des enfants des parents étudiés.....	44

# SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



