



HAL
open science

Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans : étude qualitative auprès de familles d'enfants suivis par des médecins de premiers recours en Gironde

Bérengère Grenier

► **To cite this version:**

Bérengère Grenier. Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans : étude qualitative auprès de familles d'enfants suivis par des médecins de premiers recours en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02025702

HAL Id: dumas-02025702

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02025702>

Submitted on 19 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2018

thèse n°78

**THESE pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE**
médecine générale

Présentée et soutenue publiquement par

Bérengère GRENIER

(née le 17 mai 1988 à Talence)

le 18 juin 2018

**Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents
d'enfants de 2 mois à 6 ans :**
étude qualitative auprès de familles d'enfants suivis par des médecins de
premiers recours en Gironde

Directrices de thèse

Madame le Docteur Mélanie AFONSO
Madame le Docteur Emmanuelle COMBES

JURY

Monsieur le Professeur Pascal BARAT,
Madame le Docteur Sylvie MAURICE,
Monsieur le Docteur Baptiste LUACES,
Madame le Docteur Pauline BRUNEL

Président
Rapporteur
Assesseur
Assesseur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

*à Monsieur le Pr Pascal BARAT, président du jury,
Unité d'endocrinologie - diabétologie pédiatrique du CHU de Bordeaux*

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter si rapidement de présider ce jury de thèse malgré les sollicitations, qui j'en suis certaine, sont nombreuses. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma haute considération et de mon respect.

*à Me le Dr Sylvie MAURICE,
Unité de coordination et d'analyse de l'information médicale du CHU de Bordeaux*

Un immense merci pour tous vos conseils et votre grande disponibilité. Votre enthousiasme bienveillant pour mon travail a été un vrai coup de pouce dans la dernière ligne droite. Travailler avec vous a été un privilège. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

*à Mr le Dr Baptiste LUACES,
Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux*

Parce qu'il n'ait vraiment pas évident pour un thésard de réunir suffisamment d'universitaires pour son jury, je vous suis extrêmement reconnaissante de m'avoir si facilement fait l'honneur de juger ce travail. Je vous prie d'accepter tous mes remerciements et l'assurance de ma grande considération.

*à Me le Dr Pauline BRUNEL,
PMI de Castelnau de médoc*

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de compléter ce jury de thèse alors que beaucoup de vos collègues de PMI étaient hésitants. J'espère que mon travail vous enthousiasmera. Vous avez toute ma gratitude.

*à Me Le Dr Emmanuelle COMBES,
Médecine générale*

Je sais que pour toi l'année écoulée n'a pas été facile. Malgré tout, tu n'as pas quitté le navire et tu n'as jamais manqué de m'encourager. Tu m'as mis le pied à l'étrier alors que j'avais beaucoup de difficultés à lancer mon projet de thèse. Un immense merci pour tout.

*Et évidemment à Me le Dr Mélanie AFONSO,
Médecine générale, ancien chef de clinique du Département de médecine générale de
l'Université de Bordeaux*

Tu as sans aucun doute été mon pilier tout au long de ce travail. Malgré les divers contre temps et même les milliers de kilomètres, tu as été plus que présente et disponible. Sans tes précieux conseils, je n'aurais certainement pas réussi. J'espère avoir été digne de ta confiance et de ton expertise. Sois assurée de ma gratitude et de mon admiration.

A ma famille,

à Mathilde, ma sœur, ma titi, mon double en (trèèèèè) différent,

Parce que tu es évidemment la première personne à qui je pense en rédigeant ces lignes. Devenir adultes nous a considérablement rapprochées. J'espère que nous continuerons encore pendant des décennies à partager nos voyages, nos joies et nos peines. J'aurai toujours besoin de toi alors souviens toi : le rendez vous est pris, quand nous aurons 80 ans, on s'installe en colloc ! Je t'aime et j'attends avec impatience de te voir également devenir le Dr Grenier.

à ma Maman, ma petite mounette,

Tu en doutes encore mais tu as fait du bon boulot : deux filles médecins et deux personnalités bien trempées. Le chemin a parfois été compliqué, il y a eu des sacrifices et des disputes mais j'espère aussi beaucoup de bonheur et de fierté. Sans toi, tout ça n'aurait pas été possible. Merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien indéfectible. Je t'aime et je te dédie ce travail.

à mon Papa,

Je pense que tu n'as pas toujours compris notre acharnement pour nos études, malgré tout tu nous as accompagnées à ta façon. Heureusement que la mécanique, l'électricité, la plomberie ou encore la serrurerie n'ont pas de secret pour toi sinon je serais encore en train de patauger dans ma cuisine, de poireauter enfermée dehors en pleine nuit ou de faire des bruits bizarres avec ma voiture. Je t'aime et j'espère que tu es fier.

à Sophie, Matthieu et Paul,

Qui aurait cru que je deviendrais l'aînée d'une fratrie de 4 !!! Même si les « années médecine » ne m'ont pas toujours permis d'être très présente, vous êtes extrêmement importants... Merci Sophie parce que je suis convaincue que c'est en grande partie grâce à toi que nous avons trouvé un équilibre... Les garçons, vous voir grandir est une grande fierté et un grand bonheur. Je vous aime et je serai toujours là pour vous.

à Papi et Mamie,

Votre soutien perpétuel est une immense chance et je suis consciente que je ne serais pas l'adulte que je suis aujourd'hui sans vous. Vous m'avez accompagnée toute ma vie et j'espère que ce sera le cas encore de longues années. Je vous aime et je vous suis extrêmement reconnaissante.

aux Grenier... gran-gran, les oncles et tantes, les cousins et cousines,

Aux futures fêtes de familles, aux photos plus que vintage et au « blanc manger coco » qui réveille les voisins à 3h du matin !!!

et évidemment à Carlo,

Parce qu'on peut aussi choisir sa famille, tu fais indéniablement et pour toujours partie de la notre. Il n'y a pas de mystère si Mathilde et moi sommes devenues médecins. Malgré la distance et le temps, soit assuré de l'importance que tu as eu, que tu as et auras dans nos vies. Ti amo.

A mes proches et amis,

à Morgane,

Tu es ma première rencontre made in Bordeaux II. Le chemin parcouru est fou. Je suis fière de te compter parmi mes amis, les vrais, ceux que j'espère on garde pour la vie. Ça fait longtemps que je t'avais adoptée, maintenant ma famille aussi est complètement fan ! Ne change surtout pas, garde ta spontanéité et ton franc parlé, c'est comme ça que je t'aime.

à Mélanie,

Pourvu que l'on continue encore très longtemps à rire et pleurer ensemble. Tu es authentique, drôle et feras indéniablement un médecin fantastique. J'espère que tu sais que tu comptes énormément pour moi.

à Soline,

Je garderai précieusement en mémoire toutes ces heures passées à co-voiturer ! Tu es probablement la personne la plus douce et la plus vraie que je connaisse. Je suis très reconnaissante de te compter parmi mes amis sincères.

à tous mes co-internes, partenaires de joie et de galère, et plus particulièrement à l'équipe des urgences (Les Charlotte, Jennifer, Nadège, Mélanie, Renaud, Alizée et tous les autres...).

Aux centaines de cafés partagés, aux dizaines de gardes endurées et à nos futures carrières. Ça a été un privilège de travailler avec vous.

à toutes les équipes du CHU, de Libourne, Langon et Bagatelle

Vous nous voyez défiler tous les 6 mois, quel courage ! Infirmières, aides soignantes, brancardiers et autres, on ne vous le dit pas assez mais c'est aussi vous qui nous forgez.

à tous mes maîtres de stages, avec une pensée spéciale pour l'Ostal de Cadillac, pour les urgentistes de Pellegrin et pour le Dr Hermann Neuffer.

Je me suis toujours sentie accueillie avec bienveillance. Aujourd'hui ça me donne envie de transmettre à mon tour.

et finalement à ma youyou poilue

Pour toutes les heures de révision à ronronner, pour tous les câlins partagés et pour toutes les nuits écourtées parce qu'à 4h du matin c'est l'heure de manger !

Liste des abréviations

ACP : Approche centrée sur le patient

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de Sécurité du médicament

ARS : Agence Régionale de la Santé

CDC : Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies)

CPS : Code de santé publique

DGS : Direction générale de la santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTP : diphtérie, tétanos et poliomyélite

ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

Hib : Haemophilus influenzae b

MPV : maladies à prévention vaccinale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROR : rougeole, oreillons et rubéole

RESUME

Introduction : La vaccination est un des outils de santé publique les plus importants jamais mis au point. Son efficacité est sous-tendue au respect du calendrier vaccinal. Ces dernières années, l'existence de retards vaccinaux a été démontrée. Dans un contexte de refonte de la politique vaccinale française, en étudier les caractéristiques, semblait nécessaire. L'objectif principal était donc d'analyser les raisons des retards vaccinaux avancés par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans, suivis par des médecins de premier recours de Gironde depuis janvier 2013.

Méthode : Une étude observationnelle transversale qualitative par 12 entretiens semi dirigés, menés entre juin et novembre 2017, a été réalisée. Un codage axial et ouvert a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Cinq raisons de retards vaccinaux ont été citées : manque d'intérêt et oublis, pénuries et tensions d'approvisionnement, impossibilité d'avancer les frais, événements intercurrents et finalement hésitation. Les parents interrogés n'avaient pas toujours une bonne compréhension de la physiopathologie des maladies à prévention vaccinale et du fonctionnement des vaccins et exprimaient des doutes croissants concernant l'orientation de la balance bénéfice / risque. Dans un climat de défiance par rapport aux industries et aux autorités de santé où le médecin traitant était toutefois encore cité comme personne de confiance, les questions de l'efficacité et de la sécurité de la vaccination étaient des préoccupations de premier ordre.

Conclusion : Il paraît nécessaire, devant la progression des hésitations et la forte demande d'information et de transparence, de renforcer la communication auprès du grand public mais aussi la relation médecin/patient au cabinet, concernant la vaccination en France. La mise en place de l'obligation vaccinale pour 11 valences constitue l'enjeu immédiat de la politique vaccinale française et devra être évaluée.

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE.....	12
1.Généralités et Épidémiologie de la vaccination en France et dans le monde.....	12
2.Le retard vaccinal : état des connaissances actuelles.....	14
2.1.L'existence des retards vaccinaux est un fait : une couverture vaccinale élevée n'est pas synonyme d'une vaccination effectivement réalisée aux âges recommandés	14
2.2.Le retard vaccinal est potentiellement préjudiciable pour le processus d'immunisation	15
3.Certains changements dans le paysage vaccinal français ont pu influencer les retards vaccinaux (8, 30).....	16
3.1.Le nouveau calendrier vaccinal	16
3.2.Les rattrapages	17
4.Les tensions d'approvisionnement depuis 2015.....	17
5.« Vaccine Hesitancy » ou Hésitation vaccinale.....	19
5.1.Définition et contexte	19
5.2.Les déterminants	20
6.Conclusion.....	25
DEUXIEME PARTIE.....	26
1.JUSTIFICATION et CONTEXTE.....	26
2.OBJET de la RECHERCHE.....	27
2.1.Question de recherche	27
2.2.Objectifs	27
3.MATERIEL et METHODE	28
3.1.Type d'étude	28
3.2.Préalables à l'initiation de la recherche	28
3.3.Population étudiée	28
3.4.Matériel utilisé	29

3.4.a.Recherche documentaire.....	29
3.4.b.Réalisation de l'enquête.....	29
Le recrutement.....	29
Déroulement des entretiens.....	30
Analyse des données	31
Financement.....	31
4.RESULTATS	31
4.1.Caractéristiques de l'échantillon.....	32
4.2.Caractéristiques des entretiens.....	33
4.3.Résultats des entretiens issus du codage thématique	33
4.3.a.Les raisons évoquées du retard vaccinal.....	36
4.3.b.La compréhension de la physiopathologie.....	42
4.3.c.L'hésitation vaccinale, un concept vaste complexe et central.....	49
5.DISCUSSION.....	70
5.1.Choix du sujet	70
5.2.Limites et forces de l'étude	70
5.3.Discussion des résultats.....	72
5.3.a.Des raisons de retards simples, d'autres plus complexes.....	73
5.3.b.Une physiopathologie et une épidémiologie pas toujours bien appréhendées	74
5.3.c.L'hésitation vaccinale, un phénomène central.....	76
6.OUVERTURES et PERSPECTIVES.....	80
6.1.La vaccination au delà de nos frontières.....	80
6.1.a.Le calendrier vaccinal de nos voisins européens.....	80
6.1.b.Les facteurs prédictifs de retard.....	81
6.1.c.Les applications françaises.....	83
6.2.Perspectives concernant la vaccination en France.....	84
6.2.a.Propositions d'amélioration.....	84
6.2.b.L'obligation vaccinale, le défi de l'année 2018.....	87
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES.....	95

TABLEAUX

TABLEAU 1 : Couverture vaccinale en région Aquitaine par groupe d'âge en 2012.

TABLEAU 2 : Retards potentiellement préjudiciables pour chaque vaccin réalisé chez les enfants de moins de 2 ans selon le calendrier vaccinal français (étude Delphi) (23)

TABLEAU 3 : Participation à l'étude.

TABLEAU 4 : Talon sociologique de l'échantillon.

TABLEAU 5 : Durée des entretiens

FIGURES

FIGURE 1 : Évolution de l'adhésion à la vaccination en général (%-base : 18-75 ans) (9).

FIGURE 2 : Modèle conceptuel de l'hésitation vaccinale, adapté du schéma résumant les discussions tenues lors de l'étude sur les racines culturelles et religieuses de l'hésitation vaccinale du système de santé Canadien (11).

FIGURE 3 : Hésitation vaccinale selon 2 axes (41).

FIGURE 4 : Recommandations des médecins généralistes à propos de divers vaccins chez différents publics (44).

FIGURE 5 : Illustration du monitoring de la confiance du public par le ministère de la santé de Grande-Bretagne (42).

FIGURE 6 : Illustration du processus de codage thématique pour le traitement des entretiens

FIGURE 7 : Confiance vaccinale dans les différentes régions du monde et différences entre l'importance et la sécurité perçues (61).

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'information aux parents

ANNEXE 2 : Étude de protection des personnes

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : Vaccins disponibles en France

ANNEXE 5 : Modification du calendrier vaccinal en 2013

ANNEXE 6 : Rattrapage et tensions d'approvisionnement en pratique

ANNEXE 7 : Le nouveau carnet de santé

INTRODUCTION

Découverte il y a maintenant 200 ans grâce à Edward Jenner, la vaccination constitue encore aujourd'hui un des outils de santé les plus importants, conférant une protection à la fois individuelle et collective contre certains agents infectieux. Elle a permis non seulement d'éradiquer la variole mais également d'obtenir le contrôle d'épidémies autrefois répandues et dévastatrices (1). On estime qu'elle prévient chaque année 2,5 millions de décès (2).

Bien que l'OMS fournisse régulièrement des recommandations sur l'âge de réalisation de chaque vaccin et l'intervalle à respecter entre les doses, les calendriers vaccinaux varient de part le monde en fonction de l'épidémiologie locale et de l'organisation des systèmes de soins. En France, il existe une couverture vaccinale élevée pour l'ensemble des valences disponibles. Cependant, il est maintenant démontré qu'une couverture vaccinale optimale n'implique pas forcément la réalisation d'injections à âges appropriés. Or le retard vaccinal est potentiellement préjudiciable que ce soit à l'échelle individuelle ou collective, ce d'autant plus que les pics épidémiques et/ou de morbi-mortalité sont proches des âges de réalisation des vaccins. Cela crée une période de vulnérabilité évitable et potentialise le risque de résurgence de maladies à prévention vaccinale (MPV).

En 2015, dans son travail de thèse, Anne-Charlotte Bailly a évalué la fréquence des retards vaccinaux potentiellement préjudiciables des nourrissons suivis en cabinet de pédiatrie libérale en France ainsi que les facteurs associés à ces retards. Elle conclut que chez l'enfant de moins de 2 ans, ces retards sont fréquents pour l'ensemble des vaccins analysés avec au moins 47% d'enfants inclus rencontrant au moins un retard vaccinal (3). Par ailleurs, deux événements récents ont été susceptibles d'aggraver le retard vaccinal en France ces dernières années : la modification significative du calendrier vaccinal à partir de 2013 et la persistance de tensions majeures d'approvisionnement en vaccins depuis janvier 2015.

L'objectif de ce travail de thèse était donc d'analyser les raisons des retards vaccinaux en interrogeant les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis par des médecins de premier recours en Gironde, grâce à une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Elle comportera deux parties : un résumé non exhaustif des connaissances et recommandations concernant la vaccination et plus spécifiquement les retards vaccinaux puis la description et l'analyse de l'étude qualitative en elle même.

PREMIERE PARTIE

1. Généralités et Épidémiologie de la vaccination en France et dans le monde

La vaccination est considérée comme l'une des plus grandes avancées du XXe siècle en matière d'infectiologie préventive et de santé publique. Malgré les progrès de la médecine moderne le principe reste le même : introduire une préparation antigénique proche ou dérivée d'un agent pathogène afin de stimuler la réponse immune de l'individu pour qu'il puisse par la suite s'en défendre. Elle confère ainsi une immunité individuelle mais également collective évitant les transmissions inter-humaines (exception faite du tétanos, toxi-infection d'inoculation non transmissible).

En France, les recommandations vaccinales générales et particulières sont mises à jour tous les ans en fonction de l'épidémiologie des maladies concernées, des études sur le rapport bénéfique / risque des vaccins et des enjeux économiques. L'article L. 3111-1 du Code de Santé publique dispose que « *la politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la Santé Publique* » (4). L'Institut de veille sanitaire est ensuite chargé de la surveillance des maladies à prévention vaccinale ainsi que de la couverture vaccinale, tandis que l'ANSM contrôle le rapport bénéfique / risque de chaque vaccin en collaboration avec l'Agence européenne du médicament et que l'Inpes exerce des missions d'information auprès du public et des professionnels. Le calendrier est finalement publié au Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. En Nouvelle Aquitaine, l'Agence Régionale de Santé est chargée de mettre en œuvre la politique vaccinale, dans le cadre particulier depuis 2012, du « Programme national d'amélioration de la politique vaccinale » (2012 – 2017) renforcé en 2016 par le « Plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale » incluant, entre autres, une concertation citoyenne.

Parallèlement, l'OMS a développé un plan d'action mondial de 2011 à 2020, appelé « décennie de la vaccination ». Dans son rapport, elle rappelle les preuves irréfutables démontrant que la vaccination est une des interventions de santé les plus efficaces et les plus rentables. Elle la présente comme une responsabilité à la fois individuelle, collective et gouvernementale, ouvrant la possibilité de juguler voire d'éradiquer un certain nombre de maladies infectieuses graves, en faisant donc un outils primordial de prévention. Elle recommande d'atteindre une couverture nationale de 90 % et de 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire (2).

Sur notre territoire, le premier vaccin obligatoire a été instauré en 1902, contre la variole. L'obligation vaccinale a ensuite été étendue aux vaccins contre la diphtérie (1938), le tétanos (1940), la tuberculose (1950), la poliomyélite (1964) et la fièvre jaune en Guyane uniquement (1967). A partir de là, les vaccins ajoutés au calendrier vaccinal étaient recommandés (et non obligatoires) en population générale et les obligations de se vacciner contre la variole et la tuberculose ont été levées respectivement en 1984 et 2007. Jusqu'à fin 2017, seule la primo-vaccination contre la diphtérie et le tétanos avec le premier rappel des 11 mois était obligatoire ainsi que la primo-vaccination contre la poliomyélite et ses rappels jusqu'à 13 ans, sauf contre-indication (5). Suite à un communiqué de presse du 5 juillet 2017, la nouvelle Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, annonce proposer au Parlement de rendre obligatoire 8 vaccins supplémentaires

pour les enfants de moins de 2 ans, à partir du 1er janvier 2018 (6). La décision a été promulguée par la loi du 30 décembre 2017. Il ne faut pas non plus oublier que certaines MPV sont à « déclaration obligatoire », faisant ainsi l'objet d'un signalement auprès des Agences Régionales de Santé. Ce sont : la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, la rougeole, l'hépatite B, la tuberculose et les infections invasives à méningocoque C.

En pratique, l'évaluation de l'efficacité d'une politique vaccinale passe avant tout par l'analyse de la couverture vaccinale totale qui correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population donnée à un moment donné. Autrement dit, il s'agit d'un calendrier vaccinal à jour pour l'âge (7). La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique préconise d'atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés, sauf pour la grippe où un taux de 75% est conseillé pour tous les groupes à risque (4). La couverture vaccinale du nourrisson pour la primo-vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et les méningites à haemophilus influenzae b, effectuée avec des vaccins combinés est très élevée en France depuis de nombreuses années. La couverture vaccinale pour le vaccin Prevenar® anti-pneumococcique dépasse maintenant 80%. En revanche les couvertures vaccinales du ROR (notamment la 2e dose) et du méningocoque C peinent à se maintenir (8, 9).

Plus concrètement, les dernières données disponibles dans la région d'intérêt de cette étude sont régulièrement publiées par la DRESS comme le montre le tableau suivant :

TABLEAU 1 : Couverture vaccinale en région Aquitaine par groupe d'âge en 2012
(d'autres données sont disponibles pour l'année 2015 mais à l'échelle nationale)

Tableau 11 - Couverture vaccinale en région Aquitaine dans chaque groupe d'âge (2 ans, 6 ans, 11 ans, 15 ans et 65 ans et plus),						
Groupe d'âge		2 ans	6 ans	11 ans†	15 ans†	65 ans et +
Année de dernière estimation		2012	2012-13	2007-08	2008-09	2013-14
Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP)						
	3 doses	98,5				
	4 doses (3 doses + rappel)	90,2	96,8			
	5 doses			DT:92,6 / P:89,6		
	6 doses				81,8*	
Haemophilus influenza b (Hib)						
	3 doses	96,9				
	4 doses (3 doses + rappel)	87,6	94,0			
Coqueluche						
	3 doses	98,1				
	4 doses (3 doses + rappel)	89,8	95,8	92,8		
	5 doses				58,6*	
Pneumocoque conjugué						
	3 doses	84,3	85,1			
Hépatite B						
	3 doses	72,3	43,9	29,3	38,2	
Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)						
	1 dose	ND	96,2	93,1 [‡]	95,3 [‡]	
	2 doses	66,7	85,1	72,1 [‡]	82,1 [‡]	
Méningocoque C						
	1 dose		39,3			
Grippe						
	1 dose vaccin saisonnier					53,5

†Données sur la zone Sud-Ouest, * Données de 2003-04, ‡ Données concernant uniquement la rougeole

Source : Drees, remontées des services de PMI-Certificats de santé du 24^{ème} mois 2012, DREES-Dgesco 2012/13, 2007/08 et 2008/09, Cnam-TS - DCIR / DSES-DIP et ESOPE pour la population invitée en 2013/14

2. Le retard vaccinal : état des connaissances actuelles

2.1. L'existence des retards vaccinaux est un fait : une couverture vaccinale élevée n'est pas synonyme d'une vaccination effectivement réalisée aux âges recommandés

Depuis les années 50, deux grandes stratégies ont été mises en place afin d'évaluer le contrôle des maladies à prévention vaccinale : la surveillance des pics épidémiques et la mesure de la couverture vaccinale. Les taux de couverture vaccinale sont progressivement devenus l'indicateur principal à mesure que la prévalence de ces maladies diminuait, étant assez facilement quantifiable grâce aux recueils couramment effectués dans la plupart des pays possédant une politique vaccinale (10). Les hauts taux de couverture vaccinale dans l'enfance présents dans la plupart des pays développés peuvent cependant cacher des groupes d'individus « sous-vaccinés » (11).

De larges études menées particulièrement aux États-Unis et dans des pays en voie de développement ont démontré que le non respect des âges appropriés de vaccination était une réalité. Moins de données sont disponibles pour les pays européens et la plupart des travaux datent du début des années 2000. On retrouve des articles recensant les retards vaccinaux dans différentes populations, en les étudiant pathologie par pathologie, tout au long des injections. Les enfants de moins de 2 ans sont les plus représentés. Il ressort de façon assez homogène que les couvertures vaccinales sont souvent élevées, la plupart du temps supérieures à 80% voire même 90%. Selon les publications, les durées moyennes des retards ne sont pas toujours équivalentes mais systématiquement présentes, s'entendant de 2 semaines à 10 mois selon la valence, et ce dans des proportions conséquentes, supérieures souvent à 50% de l'échantillon étudié. Les retards les plus longs sont fréquemment constatés pour les injections les plus tardives au sein des séries de vaccins (12, 13, 14, 15), la primo vaccination étant complétée plus souvent et atteignant un maximum plus rapidement que les rappels (16). Finalement, de façon encourageante, le phénomène retard semble se réduire au fil des années, comme le montrent les études menées sur de longues périodes où l'on retrouve un meilleur respect des âges vaccinaux pour les données les plus récentes (12, 17).

Allant plus loin, certaines équipes ont surtout prouvé qu'avoir le bon nombre de doses cumulées ne signifiait pas les avoir reçues en temps et en heure. Plus clairement, ils ont cherché à savoir si la seule mesure de la couverture vaccinale à un âge donné était le meilleur indicateur. Ainsi, un nombre substantiel d'études insiste sur le fait que l'évaluation de l'efficacité des politiques vaccinales est le plus souvent faite grâce à l'étude de la couverture vaccinale basée sur le simple décompte du nombre d'injections reçues par un individu à un instant « t » sans prendre en compte l'âge effectif auxquels ces injections ont été réalisées. Pourtant, même si l'analyse simple du cumul de doses est un bon indicateur de la pénétrance des politiques vaccinales, elle peut mener à mal interpréter l'immunisation conférée aux patients et cacher des périodes significatives de mauvaise voire de non protection (18). Si on prend l'exemple du calendrier vaccinal américain, la série de primo-vaccination se termine à 18 mois. Or, la couverture vaccinale est analysée chez les enfants de 24 mois par les autorités sanitaires laissant ainsi 6 mois pour se mettre à jour. Récemment les méthodes de survie ont été appliquées à l'étude des retards, permettant de visualiser dans le temps la proportion de personnes immunisées à un âge donné et de déterminer en moyenne à quel âge une population atteint la couverture vaccinale cible de protection générale. Ainsi chacun des travaux réalisés montre que l'obtention de couvertures optimales survient au delà des âges recommandés, donc en majorité avec retard (16, 17, 19, 20).

Plus précisément, certains travaux ont montré que le critère « vaccination à âge approprié » était certainement un indicateur précoce du futur statut vaccinal. Par exemple chez Bolton et al. (10), 80% des enfants qui avaient du retard pour la première injection de diphtérie-tétanos-coqueluche n'étaient pas à jour de leurs vaccinations à 2 ans. Chez Smith et al. (21) parmi les 21% d'enfants de l'étude dont les parents avaient « intentionnellement » retardé une injection, on retrouvait une couverture vaccinale à 19 et 24 mois significativement plus faible que chez les enfants dont les parents n'avaient pas retardé la vaccination. De même, Luman et al. (15) ont conclu que les enfants qui étaient complètement vaccinés au moment du recueil de données (couverture vaccinale optimale) étaient également ceux qui avaient le moins de jours de retard cumulés.

D'autres observations intéressantes ont également pu être dégagées. Entre autres, l'étude de Clark et al. (22) montre que les politiques de rattrapage sont utiles car les mises à jour des retards vaccinaux sont plus fréquemment faites dans les pays à basse couverture vaccinale. Dayan et al. (20) semblent par ailleurs montrer que la mise à jour des calendriers vaccinaux est plus difficile à obtenir pour les vaccins réalisés depuis moins longtemps comme l'hépatite B.

2.2. Le retard vaccinal est potentiellement préjudiciable pour le processus d'immunisation

Pour pousser leur réflexion, nombreux sont les chercheurs qui ayant identifié une inadéquation entre simple quantification de la couverture vaccinale et vaccination à âge approprié, ont montré que le non ou faible respect du timing des calendriers vaccinaux peut en diminuer le bénéfice individuel et collectif (22, 24, 25).

Un collectif d'expert a été interrogé afin de statuer sur les délais de retard qu'ils considéraient comme potentiellement préjudiciables. Le tableau ci dessous en expose les conclusions.

TABLEAU 2 : Retards potentiellement préjudiciables pour chaque vaccin réalisé chez les enfants de moins de 2 ans selon le calendrier vaccinal français (étude Delphi) (28)

Vaccines		Most frequently cited delay if consensus (> 70%)			2 nd most frequently cited delay in the absence of consensus			Potentially dangerous delay
		Delay 1	%	95% CI	Delay 2	%	95% CI	
DTaP-IPV/Hib ^a	1 st dose	15 d	71.4	51.1–86.0	/			15 d
	2 nd dose	15 d	78.6	58.5–91.0	/			15 d
1 st booster dose		1 month	52.5	36.3–68.2	2 months	42.9	25.0–62.6	2 months
PCV ^b	1 st dose	15 d	60.7	40.7–77.9	7 d	32.1	16.6–52.4	15 d
	2 nd dose	15 d	85.7	66.4–95.3	/			15 d
booster dose		1 month	67.9	47.6–83.4	2 months	28.6	14.0–48.9	2 months
MMR ^c	1 st dose	1 month	89.3	70.6–87.2	/			1 month
	2 nd dose	6 months	64.3	44.1–80.7	1 month	22.5	11.4–38.9	6 months
MenC ^d		1 month	82.8	63.5–93.5	/			1 month
HBV ^e		11 y	78.6	58.5–91.0	/			11 y

^a diphtheria tetanus acellular pertussis-inactivated polio vaccine-*Haemophilus influenzae* b vaccine;

^b pneumococcal conjugate vaccine;

^c Measles-Mumps-Rubella vaccine;

^d meningococcal C vaccine;

^e hepatitis B vaccine;

Percentages of vote by experts were rounded off to one decimal, with 95% confidence interval (95% CI)

Source : Gras, P, Bailly A, Lagree M, Dervaux B, Martinot A, Dubos F. What is a potentially damaging vaccination delay for children younger than 2 years ? European Soc for Paed Infect Dis. 2014.

La faible prévalence des maladies à prévention vaccinale masque la menace persistante qu'elles représentent si l'adhésion à la vaccination diminue et adoucit la perception du public. Les éléments pathogènes persistent dans certaines communautés et le risque de poussée épidémique, bien que différent d'une maladie à l'autre, s'accroît parallèlement au non respect des délais de vaccination (19, 26, 27). Plusieurs travaux ayant analysé les pics épidémiques récents surtout de poliomyélite, rougeole et coqueluche, notamment aux États-Unis ou en Europe, ont démontré que l'une des premières causes de recrudescence était un échec dans le respect du calendrier vaccinal (10, 16, 28).

Vacciner à un « âge approprié » consiste donc à trouver le bon compromis entre une injection qui serait administrée trop précocement, exposant à une immunisation réduite à cause de réponses immunes moins matures et d'interférences avec les anticorps maternels, et une injection qui serait trop tardive, exposant à un retard d'immunisation, même si un âge plus avancé et/ou un plus grand espacement des doses permet une protection plus durable (27, 29). Ainsi les enfants dont les vaccinations ne sont pas réalisées aux âges appropriés s'exposent non seulement à ne pas être protégés au moment où ils y sont les plus vulnérables, mais aussi à étendre la période de non immunisation par un effet domino provoqué par les rattrapages successifs. Cela augmente le risque de ne pas compléter correctement leur immunité (18, 20, 21). Une mauvaise vaccination des plus grands a ainsi des conséquences sur les plus petits, ne pouvant pas encore recevoir leurs vaccins, notamment en ce qui concerne la coqueluche et la rougeole (18).

Pour finir, il faut également mentionner que le retard vaccinal a montré son impact négatif dans l'accès à d'autres actions de prévention. Une association a notamment été constatée entre les enfants n'ayant pas reçu leur vaccination à âge approprié et ceux ayant présenté un retard au diagnostic dans les troubles du développement, l'anémie et la tuberculose (10, 29).

3. Certains changements dans le paysage vaccinal français ont pu influencer les retards vaccinaux (8, 30)

3.1. Le nouveau calendrier vaccinal

Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet des recommandations vaccinales «générales» et des recommandations vaccinales «particulières» propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles (31). En population générale, les recommandations vaccinales concernent : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, les infections invasives à haemophilus influenzae b, le pneumocoque et méningocoque C, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole et enfin le papilloma virus humain.

L'expertise du Haut Conseil de la Santé Publique du 21 décembre 2012 (mise en ligne le 15/04/2013) a simplifié les schémas de façon importante et introduit à partir de 2013 des changements concernant à la fois la primo-vaccination du nourrisson et les rappels des enfants, adolescents et adultes, s'adaptant ainsi aux nouvelles données épidémiologiques. Le nombre total d'injections a été réduit et l'immunisation complète des enfants est désormais obtenue à 18 mois, en 5 consultations vaccinales, contre 24 mois auparavant. Il y a également eu quelques ajustements en 2014 et 2017, avec pour la première fois une publication directe du calendrier sur le site du ministère des affaires sociales et de la santé et non plus dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire. Cela ne concerne ni la Guyane ni Mayotte qui font l'objet de recommandations

vaccinales particulières.

Il est donc nécessaire d'adapter les pratiques pour permettre une transition entre deux calendriers vaccinaux. Le principe général est de se recalculer le plus rapidement possible sur le nouveau calendrier. Ceci peut être source de confusion, notamment chez des parents ayant des enfants d'âge différents.

Le détail de ces modifications est disponible en annexe 2.

3.2. Les rattrapages

Tout retard vaccinal implique un rattrapage, dont la priorité est d'assurer une protection optimale du patient en fonction du contexte présent. Il faut protéger en priorité contre les infections les plus sévères, c'est à dire les infections invasives avant 2 ans, la coqueluche avant 3 voire 6 mois et la rougeole surtout si l'on se trouve en période épidémique. L'ensemble du rattrapage doit se terminer le plus rapidement, si possible en se recalculant sur le calendrier en vigueur.

Chaque dose de vaccin auparavant administrée compte, on ne recommence pas tout. En théorie toutes les valences manquantes peuvent être administrées en des sites différents le même jour ou à n'importe quel intervalle, exceptés les vaccins viraux vivants atténués dont les injections doivent être espacées d'un mois. En pratique le nombre habituel d'injections simultanées est de 2, et si davantage est nécessaire, on espace les autres injections de 1 à 2 semaines.

Au final, il faut donc tenir compte :

- de l'âge de début de vaccination
- du nombre de doses déjà administrées :
 - . il n'y a pas de contre-indication à revacciner un patient déjà immunisé contre la rougeole-oreillon-rubéole, l'haemophilus b, l'hépatite B ou la poliomyélite, en revanche il existe un risque d'hyper immunisation pour le tétanos et la diphtérie (phénomène d'Arthus)
 - . en cas de doute, faire une dose de vaccin puis contrôler la sérologie (tétanos et/ou hépatite B) à + 4 à 6 semaines
- des intervalles optimaux entre les doses itératives d'une même valence
 - . 2 mois d'intervalle en primo-vaccination DTPCaHib+/-VHB
 - . 1 mois d'intervalle en primo-vaccination ROR et HPV
 - . pour être considérée comme rappel, une dose doit être administrée au moins 5 à 6 mois après la dernière injection de primo-vaccination, quelle que soit la valence
- des combinaisons possibles disponibles sur le marché

4. Les tensions d'approvisionnement depuis 2015

Une rupture d'approvisionnement d'un médicament est définie comme une incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur d'un établissement à dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72h (32). Les tensions d'approvisionnement signifient quant à elles, la persistance de stocks disponibles mais en quantité insuffisante pour répondre aux besoins (33).

Les laboratoires exploitants GSK et Sanofi-Pasteur MSD ont informé l'ANSM dès novembre 2014 de leurs difficultés de production. Puis à partir de janvier 2015, une tension

d'approvisionnement durable a été constatée à l'échelle mondiale pour plusieurs vaccins : hépatite A, hépatite B, BCG et surtout les vaccins combinés contenant la valence coqueluche (Ca) (31). L'origine de ces tensions est multifactorielle (34) :

- difficultés de production
 - . non conformité du test d'immunogénicité du pertussis acellulaire entraînant une non conformité sur 1/3 des lots environ
 - . cycle de production long (6 à 22 mois)
- demande mondiale croissante des spécialités contenant la valence coqueluche suite au renforcement des politiques vaccinales du fait de résurgences récentes de la maladie
- nombre limité de laboratoires en capacité de produire ces vaccins et décision de certaines firmes de quitter le marché

Il existe en France un dispositif de prévention mis en place suite au décret du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement de médicaments à usage humain (35), émis par le ministère chargé de la santé. Lorsque les médicaments concernés sont ceux dits « d'intérêt majeur » (absence d'alternative thérapeutique disponible en quantité suffisante et/ou risque pour la santé publique), comme les vaccins, c'est l'ANSM qui gère les stocks en lien avec les laboratoires.

Les stratégies mises en place peuvent regrouper (34, 36-39) :

- Suivi des stocks et contingentement

Les spécialités tetra et pentavalentes ont été les premières impactées, dès le premier trimestre 2015. Ont suivi les spécialités avec dose réduite d'antigènes coquelucheux (ca) dont la distribution en ville a été contingentée à partir du 1er trimestre 2017 avec ruptures de stocks ponctuelles.

La vaccination par le vaccin hexavalent Infanrix-Hexa® telle que préconisée par le calendrier a été considérée comme prioritaire par le laboratoire GSK. De même, Sanofi Pasteur - MSD a privilégié la vaccination des nourrissons (Pentavac®) sur la mise à disposition des vaccins de rappel (Tétravac-acellulaire®) pour les enfants et les adolescents. Par conséquent en 2018, l'Infanrix tetra® est toujours en rupture et l'Infanrix quinta® en tension forte avec distribution prioritaire aux PMI et centres de vaccination. Le Tétravac-acellulaire® puis le Pentavac® sont contingentés en distribution aux pharmacies de ville avec une priorité d'approvisionnement aux PMI et centres de vaccination. Ces spécialités ne seront cependant rapidement plus nécessaires du fait de l'administration systématique de spécialités hexavalentes dans le cadre de la nouvelle obligation vaccinale des petits, sauf contre indications particulières. Pour les plus grands, le Boostrix-tetra® et le Repevax® ont également subi des irrégularités d'approvisionnement mais depuis septembre 2017 une distribution normale a repris.

Les populations à vacciner prioritairement ont été redéfinies et des schémas vaccinaux alternatifs ont été proposés. Un ajustement provisoire des stratégies vaccinales a été suggéré par la Direction Générale de la Santé après saisine du Haut Conseil de la Santé Publique en février 2015. Des adaptations des recommandations en situation de pénurie ont été publiées en 2017 devant la pérennisation du problème. Le maintien de la primo-vaccination et ses rappels restent la priorité par rapport à la stratégie de cocooning et la vaccination autour d'un cas.

- Recours à des produits comparables initialement destinés à d'autres pays
- Communication auprès des professionnels de santé et/ou du public

5. « Vaccine Hesitancy » ou Hésitation vaccinale

5.1. Définition et contexte

La plus grande partie de la population accepte la vaccination comme une norme, cependant un nombre croissant de personnes tend à la refuser, la retarder ou la réaliser avec appréhension. Limités pendant longtemps au champ des « mouvements anti-vaccinations », les questionnements se posent aujourd'hui de façon plus large. Le contexte a changé, l'expertise dans le domaine de la vaccination s'est complexifiée (34) et ceci est d'autant plus vrai que l'on s'adresse la plupart du temps à des personnes en bonne santé, souvent jeunes, et qu'il a été démontré que même les patients correctement vaccinés peuvent avoir d'importants doutes (11).

Selon le « Strategic Advisory of Expert Working Group », on vaccine hesitancy » de l'OMS (SAGE WG), « the vaccin hesitancy », que l'on pourrait traduire par « hésitation vaccinale », se définit comme tout délai d'acceptation ou refus de vaccination en dépit des capacités des services de santé (40). Les différentes études déjà menées, bien que pas toujours identiques concernant sa définition, s'accordent à dire que le positionnement vis à vis de la vaccination n'est pas dichotomique mais devrait être vu comme un continuum entre une demande active et un refus complet (11). Il faudrait également prendre en compte les personnes sans opinion ou sans intérêt pour la vaccination (41). Il s'agit donc d'un processus décisionnel complexe, s'appliquant à un contexte spécifique, variable dans le temps et l'espace (40, 41). Les difficultés d'adhésion diffèrent selon les vaccins et les maladies concernées, sachant que les inquiétudes et le scepticisme concernent souvent les spécialités les plus récentes et le nombre important d'injections recommandées.

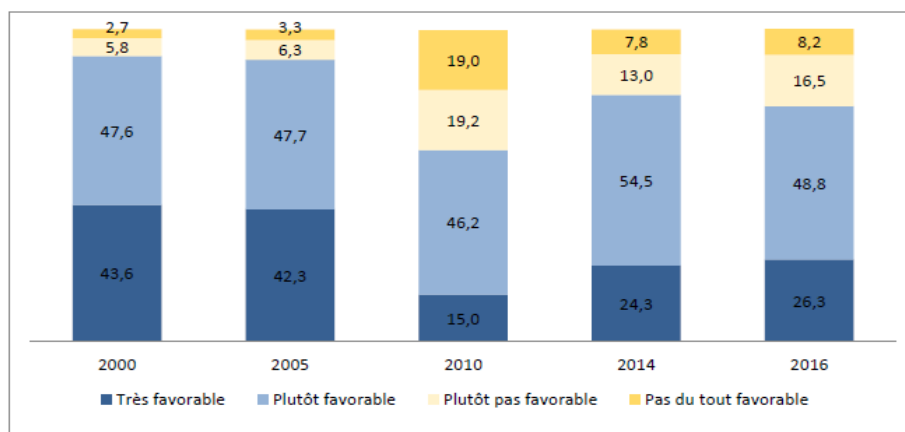


FIGURE 1 : Évolution de l'adhésion à la vaccination en général (en %, chez les 18-75 ans) (9)

Bien qu'il semble difficile de quantifier la proportion hésitante de la population (11, 42), le dernier baromètre santé 2016 souligne qu'en France l'adhésion à la vaccination en population générale est en légère baisse avec 75% des personnes âgées de 15 à 75 ans favorables à la vaccination contre 79% en 2014 (43) tandis que le dernier baromètre santé professionnel de 2009 rapportait que 97% des médecins y étaient favorables (44).

Entre les premiers semestres 2014 et 2015, l'InVS a quant à lui observé une diminution du nombre de doses de vaccins remboursées chez les enfants de moins de 9 mois. Il est estimé, à partir de ces données, que la baisse de l'activité de vaccination du nourrisson serait proche de 5 %. Le fait que cette diminution concerne les vaccins combinés mais également le vaccin Prevenar© pour lequel il n'y a pas eu de difficultés d'approvisionnement en 2015, plaide en faveur de l'hypothèse d'un accroissement de l'hésitation vaccinale. Cette baisse constitue un résultat préoccupant (45).

Actuellement ce sont la sécurité et l'utilité de la vaccination qui sont surtout remises en cause. La confiance du public voire même de certains acteurs de santé est labile et fragile et repose à la fois sur la perception des risques des vaccins et des maladies à prévention vaccinale, des industries qui les produisent et des systèmes de santé qui les utilisent, mais aussi sur des facteurs culturels et psychologiques et sur des considérations socio-économiques et politiques (11). L'hésitation vaccinale a été amplifiée par des mouvements bruyants et actifs « anti-vaccination » dont les propos ont parfois été rapportés par quelques célébrités. D'autres médecines « alternatives » ont été promues et des calendriers vaccinaux « arrangés » ont été développés basés sur un étalement des injections prolongeant par la même les intervalles de non immunisation (21, 27, 46).

5.2. Les déterminants

L'hésitation est un phénomène complexe et multifactoriel que certaines équipes ont tenté d'illustrer et de caractériser. La figure ci dessous est un des exemples de représentation.

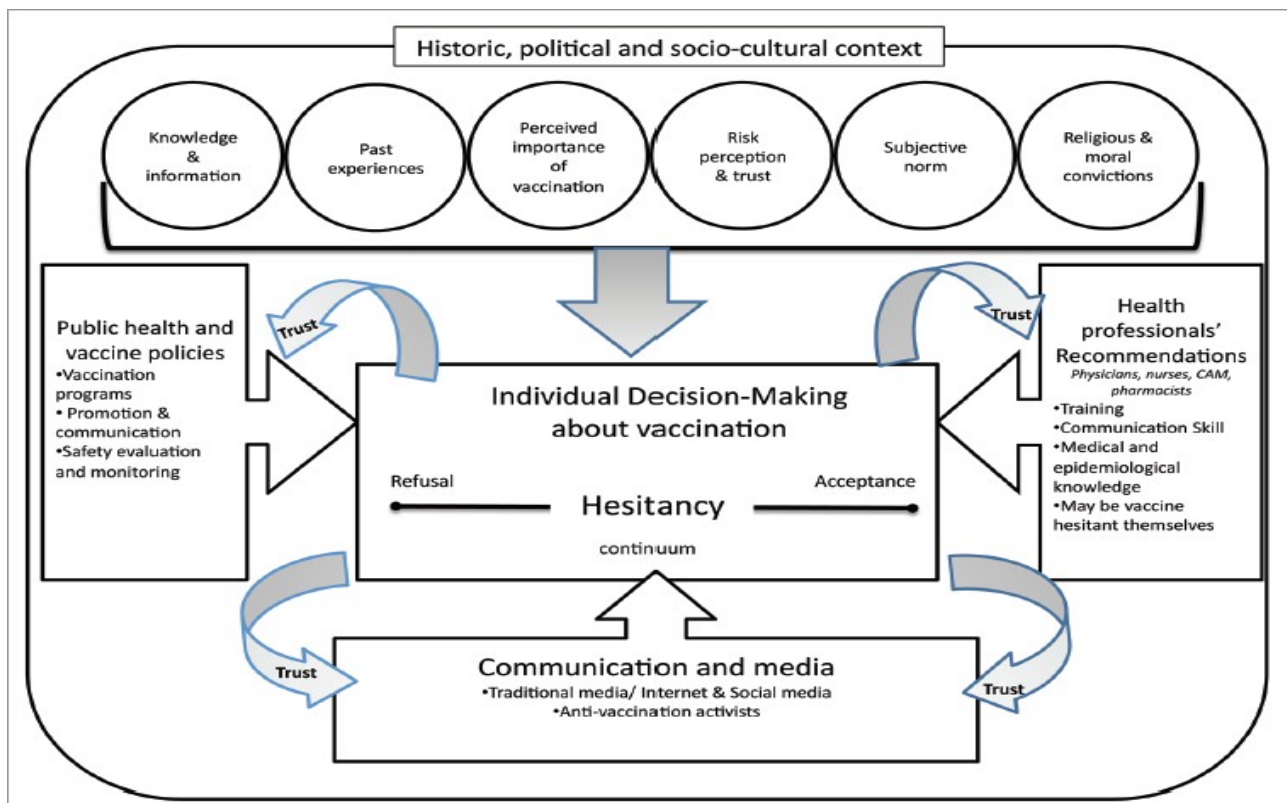


FIGURE 2 : Modèle conceptuel de l'hésitation vaccinale.

Adapté du schéma résumant les discussions tenues lors de l'étude sur les racines culturelles et religieuses de l'hésitation vaccinale du système de santé Canadien (11)

Ainsi, même si les doutes existent depuis la découverte même de la vaccination, le contexte actuel de changement scientifique, médico-légal, culturel et médiatique transforme et renforce les questionnements. Or il est maintenant démontré que l'hésitation vaccinale est impliquée dans le déclin des couvertures vaccinales et dans l'apparition de pics épidémiques (11, 27, 46, 47).

Entre autres, les revues de la littérature faites par Dubé et al. (11) et Peretti-Watel et al. (41) et le travail de synthèse de Larson et al. (42) et Omer et al. (27) ont permis de compiler différentes pistes expliquant le phénomène et de mettre en lumière son caractère multifactoriel, hétérogène et complexe.

Doivent donc être évoqués :

- ***La perception du risque des MPV et la perte de confiance dans la vaccination, deux phénomènes qui évoluent en sens contraire***

La modification de la perception générale du rapport bénéfice / risque de la vaccination tend à la dévaloriser et les inquiétudes et les incompréhensions la concernant peuvent amener les patients à la retarder voir la refuser. Les données scientifiques et les succès passés ne sont pas toujours suffisants pour rassurer le public. Un système de vaccination sûr et efficace n'est donc pas toujours apte à obtenir l'adhésion de la population. Il est nécessaire de comprendre ce paradoxe (27, 46, 48).

Premièrement, l'interprétation populaire du risque n'est pas seulement basée sur des données rationnelles et cela se complexifie dans la mesure où il s'agit d'une intervention prophylactique chez des individus sains. La vaccination a été si efficace à diminuer la prévalence des maladies dont elle protège que dorénavant la perception des dangers potentiels liés au vaccin lui-même dépasse largement celle liée à ces pathologies (27, 42). Choisir de ne pas se vacciner est un fait réversible alors que l'inverse n'est pas vrai. Dit autrement, le risque d'une action directe, la vaccination, paraît souvent plus imminent que le risque « par omission » de la non vaccination (11).

Deuxièmement, les deux dernières décennies ont été marquées par plusieurs controverses dans différents pays, dont la France, érodant la confiance du public envers la science, les praticiens et les autorités de santé (49). Dans un contexte moderne qui replace le patient au centre des décisions médicales qui le concernent (loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et qui voit s'installer une demande accrue en terme de qualité / sécurité de soins, il n'est donc pas surprenant que la légitimité de la vaccination ait été remise en cause (11, 50).

L'étude menée par McCauley et al. (51) illustre la situation de façon intéressante. Parmi les parents ayant rapporté ne pas avoir respecté le calendrier vaccinal, la phrase choisie le plus fréquemment pour décrire leur approche de la vaccination était « je tends à avoir de sérieuses inquiétudes à propos des vaccins et le fait que mes enfants en aient vraiment besoin ». La raison la plus fréquemment avancée était la peur d'effets indésirables sérieux. La recherche de Smith et al. (46) est également parlante, montrant de façon significative que, comparés aux parents dont les enfants ont été vaccinés en temps et en heure, les parents ayant refusé et/ou retardé un vaccin sont moins susceptibles de croire que leur enfant court un risque d'attraper une MPV, de penser que les MPV constituent un problème de santé important ou que vacciner peut réduire la menace

que représentent les MPV. Ils sont plus susceptibles de penser que trop de vaccins peut « surcharger » le système immunitaire et que les soignants n'ont pas à cœur leur seul intérêt.

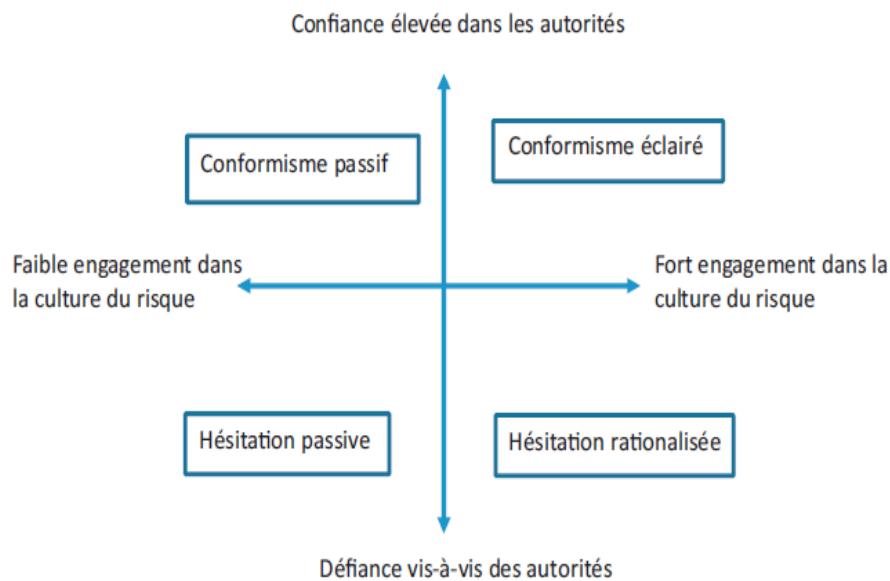


FIGURE 3 : Hésitation vaccinale selon 2 axes (41)

- **Les industries pharmaceutiques, les systèmes de santé et les politiques vaccinales**
 - *Une image écornée*

Notre société actuelle voit de plus en plus souvent remise en question d'une part les politiques de santé mais aussi d'autre part les industries pharmaceutiques, éclaboussées par de récents scandales sanitaires. Ce questionnement est de plus en plus présent au sein de la population générale mais est également en progression au sein des professionnels de santé eux mêmes.

Les laboratoires sont usuellement associés aux notions de commerce et de profit avec plus particulièrement parmi les patients, l'idée de propagande, de pression ou encore d'arnaque (52). Ces vingt dernières années, le nombre d'industries produisant les vaccins et le nombre de spécialités produites a plus que doublé. Bien que la plupart des produits soient en fait des combinaisons de spécialités bien connues, cela est source de confusion et pose la question de leur pertinence (47).

La perception des systèmes de santé, de leurs acteurs et de leurs politiques est plus nuancée. Les enquêtes sur la vaccination ont régulièrement montré qu'une majorité de parents, y compris ceux refusant complètement la vaccination, cite le médecin traitant habituel ou un autre professionnel de santé comme la source d'information de confiance concernant la vaccination (27, 51). Plus précisément, les parents qui rapportent que leur décision concernant la vaccination de leurs enfants était influencée par leur médecin généraliste sont deux fois plus à la considérer comme sûre (50). Cette donnée est plutôt rassurante. De leur côté, bien que certains événements tel que la gestion de l'épidémie de grippe H1N1, aient égratigné la confiance envers les pouvoirs publics, une majorité de praticiens affirme accorder sa confiance aux sources officielles (49), même si 53% estiment qu'elles sont influencées par l'industrie pharmaceutique (44).

– *Des professionnels de santé également de plus en plus hésitants*

Le pourcentage de praticiens rapportant des doutes à propos des vaccins va grandissant comme l'illustrent par exemple Collange et al. (44) en montrant que 24% des médecins généralistes interrogés au sein de leur panel étaient « modérément » à « peu » confiants concernant les risques et l'utilité de la vaccination. Or, il existe un lien significatif entre les opinions défavorables de certains cliniciens concernant la vaccination et la probabilité de trouver des enfants non vaccinés dans leur patientèle (27). On retrouve également un lien entre les pratiques professionnelles et le propre comportement vaccinal du médecin. L'hésitation est plus marquée chez les praticiens qui n'ont pas confiance en les autorités de santé (26% pensent « fortement ou modérément que certains vaccins recommandés par les autorités de santé sont inutiles » et 20% que les enfants sont « vaccinés contre trop de maladies ») et ne se sentent pas à l'aise pour expliquer le rapport bénéfice / risque des vaccins. Ainsi bien que 96% se sentent à l'aise pour donner des informations sur l'intérêt de la vaccination, seulement 43% des généralistes français se sentent à l'aise pour expliquer, par exemple, le rôle des adjuvants à leurs patients. Pour finir, comme illustré ci-dessous, les recommandations apportées par les professionnels sur les différentes valences semblent hétérogènes (44, 49).

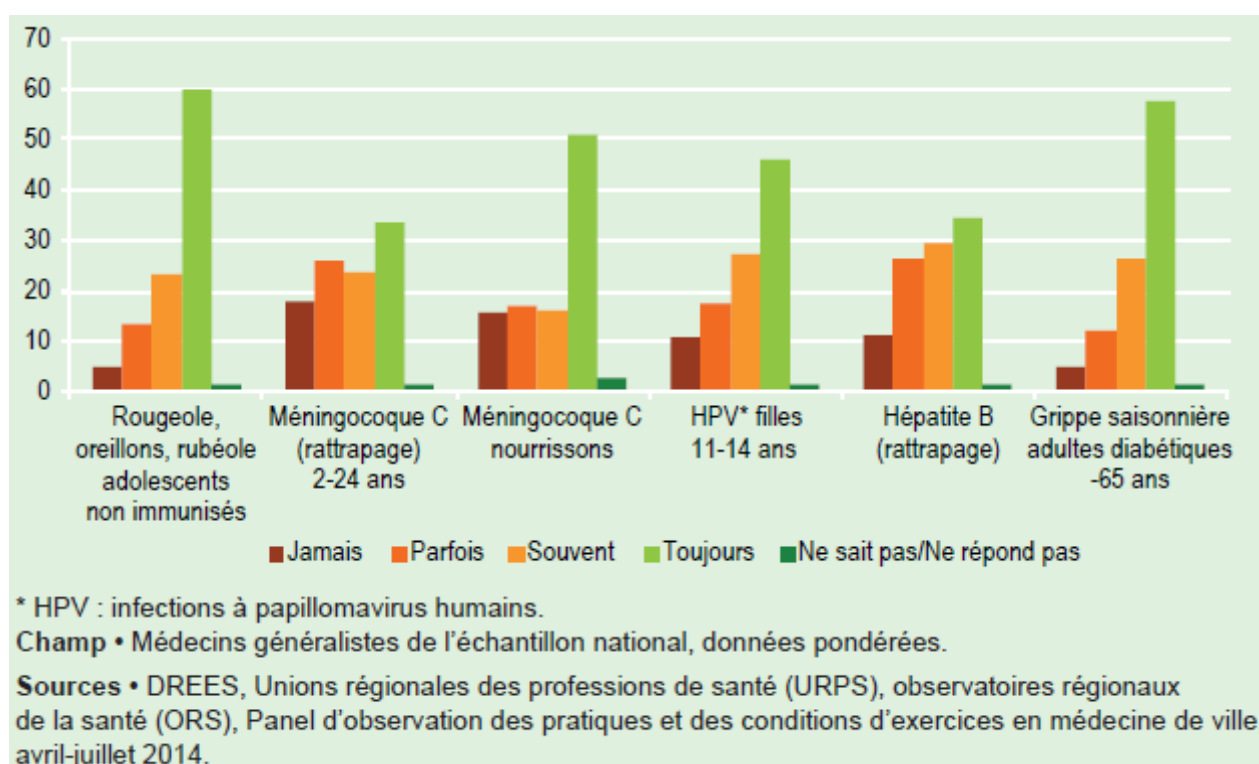


FIGURE 4 : Recommandations des médecins généralistes à propos de divers vaccins pour différents publics (44)

• **La démocratisation de l'information de santé et son traitement pas les médias**

Internet a révolutionné l'accès à l'information, permettant aujourd'hui aux patients de court-circuiter le clinicien en cas d'interrogation sur leur santé. Il est facile, notamment grâce aux réseaux sociaux, de partager largement des expériences et opinions individuelles, faisant de tout un chacun à la fois le producteur et le consommateur de l'information, redéfinissant ainsi la notion d'expertise. La quantité de données accessibles a explosé que ce soient celles basées sur l'EBM

ou celles sans validité scientifique (opinions personnelles, désinformations etc...) (47, 48). Ces nouveaux modes de communication sont caractérisés par le nomadisme et la fragmentation de l'information ainsi que sur la relativisation de la vérité. Ils sont difficiles à contrôler et à discipliner (48). Le problème est que le public est enclin à croire une information non scientifiquement prouvée dès lors qu'elle répond à ses préoccupations (47).

Plusieurs travaux menés dans des pays différents ont objectivé qu'une majorité de patients utilisent internet pour rechercher des informations en santé, notamment concernant la vaccination (48). D'autres études indiquent que les parents qui choisissent de vacciner leur enfants ont souvent, par rapport aux parents qui la refusent, une connaissance limitée de la vaccination plutôt basée sur la « poursuite des recommandations ». Ainsi les patients hésitants ou opposants sont significativement plus susceptibles d'avoir cherché à s'informer (11).

De plus, il convient de souligner que l'influence négative des controverses médiatiques autour de certains vaccins est une réalité, montrant un lien direct avec une remontée de l'incidence de maladies à prévention vaccinale. On se rend compte que les contenus négatifs sont prédominants et diffusés largement et rapidement (11), permettant de toucher un public pas nécessairement opposé à la vaccination mais en recherche de réponses. Une place égale est apportée aux opinions extrémistes utilisant des histoires hautement émotionnelles marquant les esprits (47). Malgré leur faible qualité scientifique, les sites « anti-vaccins » sont souvent très organisés et actifs, plus représentés dans les moteurs de recherche, couramment consultés et souvent plus lisibles que les sites se référant à des sources fiables (48).

- ***Le contexte socio-culturel, les expériences et croyances personnelles***

Les expériences passées concernant un vaccin (réaction locale, peur des aiguilles...) ou le système de soins (accessibilité, attitude du soignant...) peuvent influencer les décisions futures. Lorsque la vaccination entre dans la norme aussi bien au niveau de la société que de l'entourage proche, l'acceptation vaccinale est plus forte. Il a été démontré par le travail de Rosenstock et al. (46) que la décision de vacciner ou pas peut être influencée par des pressions sociales, émanant notamment d'une personne de confiance et que les personnes hésitantes sont plus susceptibles d'être convaincues lors d'un entretien direct, face à face avec leur médecin. Une motivation supplémentaire peu apparaître lorsque qu'elle est perçue comme un bénéfice collectif.

Plusieurs phénomènes contemporains sociétaux ont été décrits et peuvent s'appliquer à la vaccination. Un premier point de vue intéressant est que nos sociétés modernes encouragent fortement les personnes qui la composent à devenir autonomes, à utiliser les connaissances disponibles pour se tenir au courant de risques et opportunités de la vie courante pour s'assurer un avenir sûr. C'est tout particulièrement vrai dans le domaine de la santé qui prône aujourd'hui une approche centrée sur le patient et non plus sur la maladie (41, 53). Une deuxième constatation est qu'il existe une fragilisation de la confiance envers la science. Dans notre cas cette distanciation peut viser le vaccin lui-même et la médecine allopathique qu'il représente, aussi bien que les autorités de santé ou les industries concernées (41).

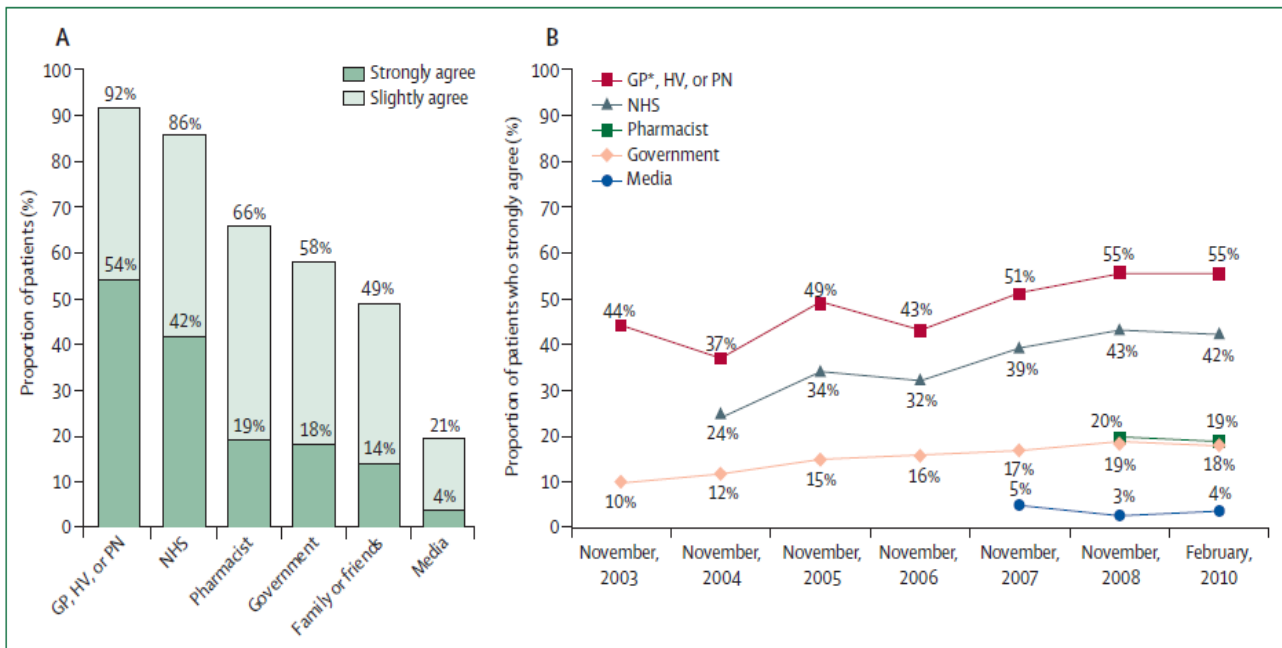


FIGURE 5 : Illustration du monitoring de la confiance du public par le ministère de la santé de Grande Bretagne (42)

6. Conclusion

Il est aujourd'hui confirmé qu'avoir le bon nombre de doses de vaccins cumulées n'est pas synonyme d'une vaccination réalisée sans retard (10, 12, 13, 14, 17, 21). Or le non respect des âges vaccinaux implique de façon démontrée une perte des bénéfices à la fois individuelle et collective (3, 18, 21, 22). Le paramètre « vaccination à âge approprié » ne fait pas encore l'objet d'un recueil et d'une surveillance particulière mais gagnerait, du fait de ses implications, à être plus précisément exploré en France, surtout dans un contexte récent de profond changement de la politique vaccinale, de tensions d'approvisionnement et de montée au sein des patients voire même des soignants de l'hésitation vaccinale.

Dans la deuxième partie de ce travail, notre étude a de ce fait, cherché à explorer les raisons des retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants suivis en soins primaires. L'objectif était de pouvoir s'intéresser au regard des parents dont les enfants présentaient un retard, vis à vis de la vaccination.

DEUXIEME PARTIE

1. JUSTIFICATION et CONTEXTE

Le retard vaccinal est un phénomène courant et régulièrement constaté en pratique médicale quotidienne, qui impacte la prévention à la fois individuelle et collective des maladies à prévention vaccinale. Il concerne en France environ 13 à 58% des injections et près d'un enfant sur deux (3).

Bien que la notion de couverture vaccinale soit un critère faisant l'objet d'une évaluation régulière, la notion de retard et de respect du calendrier vaccinal est beaucoup moins connue et a fait l'objet de moins de recherches. Or l'intervalle de temps correspondant au retard est une période de vulnérabilité aux agents infectieux ciblés pouvant induire une morbi-mortalité évitable et augmentant le risque de ne pas compléter l'immunité de l'enfant.

Il est également à souligner que deux événements récents ont pu majorer les retards vaccinaux. Premièrement, l'expertise du Haut Conseil de Santé Publique du 21 décembre 2012 a considérablement simplifié les schémas vaccinaux, supprimant certaines injections et permettant des co-administrations (36). Cela a évidemment pu être source de confusion et a de toute façon nécessité d'opérer une transition pour les enfants dont l'âge vaccinal s'est retrouvé à cheval entre les anciennes et les nouvelles recommandations. Deuxièmement, des tensions d'approvisionnement mondiales ou même des pénuries complètes sont apparues depuis janvier 2015, plus spécifiquement pour les formules combinées penta et tétravalentes DTCaP +/- Hib et pour le BCG. Cela a donc nécessité et nécessite encore une adaptation des recommandations et la réalisation de nombreux rattrapages (37).

Pour finir, il s'agit d'un sujet éminemment d'actualité. Il existe une crise de confiance croissante concernant à la fois l'utilité et la sécurité d'utilisation des vaccins (surtout en France) faisant émerger le terme de « vaccine hesitancy » dans la littérature (40). L'adhésion à la politique vaccinale fait l'objet de controverses régulièrement abordées dans les différents médias. Les problèmes de transparence dans l'information délivrée par les industries pharmaceutiques, d'information en santé publique ou d'obligation vaccinale sont autant de sujets touchant en particulier les parents d'enfants en bas âge.

2. OBJET de la RECHERCHE

2.1. Question de recherche

Tout médecin de premier recours étant confronté à la problématique de calendriers vaccinaux mal respectés, il nous a paru important de connaître le point de vue des principaux acteurs de la vaccination des jeunes enfants, à savoir leurs parents.

La question de recherche était donc la suivante :

Quelles sont, d'après les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis par des médecins de premiers recours en Gironde, les raisons des retards vaccinaux ?

2.2. Objectifs

L'objectif principal de ce travail était d'analyser les raisons des retards vaccinaux avancés par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis par des médecins de premier recours en Gironde, depuis janvier 2013.

Les objectifs secondaires étaient :

- l'analyse de l'impact du changement de calendrier vaccinal depuis 2013
- l'analyse de l'impact des tensions d'approvisionnement
- l'analyse de la gestion du calendrier vaccinal par les parents

3. MATERIEL et METHODE

3.1. Type d'étude

Une enquête transversale qualitative s'inscrivant dans une démarche hypothético-inductive progressive, appelée Théorisation ancrée ou « Grounded theory » a été menée.

Le but était de dégager le sens du phénomène étudié, de lier dans un schéma explicatif les divers éléments relevés en réalisant une comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence (37). Il n'y avait donc pas d'hypothèse initiale, celle-ci apparaissant au fur et à mesure de l'avancement de la recherche.

L'étude a été personnellement conduite et analysée par le thésard exerçant une activité de médecin généraliste remplaçant. Les Drs Mélanie Afonso (médecin généraliste, ancien chef de clinique auprès du DMG de Bordeaux) et Emmanuelle Combes (médecin généraliste, exerçant en PMI), codirectrices de thèse, ont participé à l'analyse des données.

Le recueil de données a été obtenu grâce à la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés débutés en juin 2017 et terminés en novembre 2017.

3.2. Préalables à l'initiation de la recherche

L'analyse des données concernait des informations de santé personnelles. De ce fait, un engagement de conformité a été déposé auprès de la CNIL et dans ce but, une « étude de protection des personnes » a été rédigée conformément à la méthodologie MR-003. De plus, l'avis d'un comité de protection des personnes a été demandé. Le CPP n°8 d'Île de France, désigné selon la procédure standard par tirage au sort, a rendu un avis de non compétence au motif que le projet relevait d'une recherche en sciences humaines et sociales et était exclu du champ d'application de la loi sur la recherche impliquant la personne humaine.

Une formation à la recherche qualitative a été suivie à Lyon en septembre 2016. Elle était proposée par l'association Fayr-GP (French association of young researchers in General Practice).

3.3. Population étudiée

Le recueil de données a été réalisé auprès de parents dont les enfants de 2 mois à 6 ans étaient suivis par des médecins de premier recours exerçant en Gironde. Le seul autre critère d'inclusion était l'existence d'un ou plusieurs retards vaccinaux chez leur(s) enfant(s). Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Les parents ont été échantillonnés de façon ciblée en variation maximale. Dans le cadre de la démarche qualitative, la représentativité de l'échantillon au sens statistique du terme n'était pas visée. Il s'agissait d'interroger des personnes susceptibles d'être concernées par la problématique étudiée. Ils étaient de sexe, d'âge et de professions diverses. Leur situation familiale, l'organisation du quotidien et des soins et leur lieu de vie variaient. Était donc recherchée une diversité de perception, d'opinion ou de comportement.

Le recrutement a été interrompu lorsque la saturation des données a été approchée au plus

près (55).

3.4. Matériel utilisé

3.4.a. Recherche documentaire

L'ensemble de la bibliographie a été réalisé à partir de recherches informatiques prolongées tout au long du travail de thèse. Les liens recensés dans la section « bibliothèque - collection numérique : sélection thématique » de l'espace numérique de travail de l'université Bordeaux 2 ont été les plus utilisés.

Les ressources consultées regroupaient :

- Des moteurs de recherches spécialisés ou non
 - . CISMEF, PubMed, Docdocpro (Egora Doc), EM-Premium, SciencesDirect (ebooks et revues), Thèse.fr
 - . Google, Pages jaunes

- Des sites officiels
 - . Haut Conseil de la Santé Public (HCSP) : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>
 - . Haute Autorité de Santé (HAS) : <http://www.has-sante.fr/portail/>
 - . Conseil National de l'Ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
 - . Vaccination-info-service : <http://vaccination-info-service.fr/>
 - . Santé publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr/>
 - . Ministère des affaires sociales et de la santé : <http://social-sante.gouv.fr/vaccins-vaccination>
 - . Institut de veille sanitaire (InVS) : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>
 - . Agence Nationale de Sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : <http://ansm.sante.fr/>

Les mots clés choisis rassemblaient :

- en français : retard vaccinal, calendrier vaccinal, pénurie / tension d'approvisionnement + vaccins

- en anglais : vaccination delay, age appropriate + vaccination, timeliness + vaccination, vaccine hesitancy

3.4.b. Réalisation de l'enquête

• Le recrutement

Les participants ont été sélectionnés progressivement en utilisant à chaque fois comme intermédiaire un de leur acteur de santé de premier recours habituel, auquel a été fourni systématiquement la fiche de thèse, le guide d'entretien initial et plusieurs exemplaires d'une fiche d'information pour les patients.

D'un côté des médecins généralistes appartenant à des maisons de santé pluridisciplinaires ou des cabinets de groupe ont été approchés. Plusieurs moyens ont été mis en œuvre : contacts téléphoniques via leur secrétariat ou leur ligne directe, mail sur boîte professionnelle ou personnelle mais également courrier.

- 9 cabinets ont été sollicités
- 6 médecins ont proposé des familles pour cette étude

D'un autre côté les parents ont été recrutés via les Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion. Dans ce cas les moyens mis en œuvre ont été : contact par mail des médecins de PMI (le plus souvent obtenu auprès des secrétariats) ou dépôt de la documentation par le chercheur directement sur place.

- 6 PMI ont été sollicitées
- 3 PMI ont proposé des familles pour cette étude (Mérignac, Langon / Podensac, Cadillac)

Les cabinets sollicités ont été choisis pour obtenir une diversité de lieu et de population, grâce aux connaissances personnelles des chercheurs de la démographie médicale de la Gironde et en s'aidant des Pages jaunes. Les MDSI ont également été ciblées grâce aux connaissances de l'équipe de recherche mais aussi grâce au site internet du Conseil Général (<https://www.gironde.fr/trouver-la-mdsi-la-plus-proche-de-chez-vous>). Aucun acteur de santé primaire n'a exprimé clairement un refus de participer. Ceux n'ayant pas adressé de patients sont ceux n'ayant fourni aucune réponse aux sollicitations même après plusieurs relances directes (mail ou messagerie téléphonique) ou via le secrétariat.

Selon la préférence des parents sollicités, leurs coordonnées ont directement été transmises à l'enquêteur afin de les recontacter pour fixer un rendez-vous ou à l'inverse les coordonnées du thésard ont été remises afin qu'ils le joignent à leur convenance. Dans ce dernier cas, aucun parent ne s'est re-manifesté spontanément.

Au total, les coordonnées de 24 familles ont été transmises à l'investigateur.

• **Déroulement des entretiens**

Les entrevues ont systématiquement été réalisées au domicile des participants, par le thésard uniquement. Les échanges ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique et/ou d'un smartphone et des notes « de terrain » ont également été prises.

En premier lieu, une introduction a permis de présenter le projet et le chercheur et de fixer le cadre de l'échange. Le recueil du consentement oral a été systématique et une fiche d'information, rédigée selon les recommandations de la Direction générale de la recherche et de l'innovation, a été remise (si celle-ci n'avait pas déjà été transmise par mail au participant lors de la première prise de contact téléphonique).

Puis l'entretien a été mené en s'appuyant sur un guide contenant une trame de questions ouvertes regroupant les grands thèmes devant être abordés et ayant permis de relancer régulièrement l'interlocuteur. Cela a permis de structurer la conversation sans la contraindre. Les principaux thèmes abordés ont concerné : le talon sociologique de la famille et leurs habitudes de vie, les modalités de suivi médical des enfants et évidemment la vaccination.

Le guide d'entretien a été transformé au fur et à mesure des interviews afin de l'enrichir de nouvelles questions visant à explorer les hypothèses dégagées lors des précédentes entrevues. L'approche hypothético-inductive progressive a ainsi été respectée, permettant une comparaison constante des propos précédemment recueillis avec le guide d'entretien ultérieurement proposé.

- **Analyse des données**

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure, au fil des entretiens. La simultanéité du recueil de données et de l'analyse est la prérogative de la théorisation ancrée (54).

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sur logiciel de traitement de texte (Open Office et Word), exception faite des éléments ayant pu lever l'anonymat des participants. Le verbatim ainsi rédigé constituait le support à analyser.

Puis, l'analyse en théorisation ancrée a été appliquée en réalisant une boucle constante dans les différentes étapes qui ne sont pas successives mais intégrées. Dans un premier temps, un travail de codage consistant à donner du sens et thématiser mot à mot le verbatim initial, a été appliqué de façon ouverte et axiale.

Dans une seconde étape, les nœuds du codage initial ont été regroupés afin de dégager des occurrences linguistiques plus riches constituant des thèmes ou catégories plus larges. La mise en relation de ces catégories permettra de modéliser les différents phénomènes mis en lumière pour finalement les théoriser (54).

L'ensemble de ce processus a été réalisé jusqu'à tendre vers la saturation des données, c'est à dire lorsque au moins 3 entretiens successifs n'ont plus apporté d'éléments nouveaux. De ce fait le nombre préalable d'entretiens nécessaires ne peut être défini en amont. Une triangulation a été effectuée de façon indépendante grâce à la participation des 3 chercheurs (étudiante et co-directrices) permettant de mettre en lumière les codages convergents apportant une plus grande validité interne à l'étude.

Le logiciel Nvivo a été utilisé comme outil aidant au codage.

Les entretiens retranscrits n'ont pas été retournés aux participants pour commentaire mais ces derniers ont été informés de leur droit d'accès, de rectification ou d'opposition, sans aucune justification nécessaire.

- **Financement**

Le financement de cette étude (formation à la méthodologie, achat du matériel d'enregistrement, achat du logiciel Nvivo et frais de déplacement) a été un investissement personnel de l'investigateur principal (thésard).

4. RESULTATS

Ont été réalisés 12 entretiens entre juin 2017 et novembre 2017. Ils ont systématiquement été réalisés au domicile des parents participants, en face à face.

<i>Nombre de coordonnées de familles transmises</i>		24
<i>Réponses positives (= nombre d'entretiens)</i>		12
<i>Coordonnées non utilisées</i>	<i>Refus de participer :</i>	
	<i>> manque de temps</i>	1
	<i>> pas intéressé</i>	2
	<i>Annulation du RDV</i>	1
	<i>Aucune réponse (messagerie téléphonique, sms +/- mail si disponible)</i>	8
<i>TOTAL</i>		12

TABLEAU 3 : Participation à l'étude

4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Le recrutement a été plus lent qu'anticipé et surtout long à démarrer. La zone de recherche a rapidement été élargie à la Gironde dans son ensemble. Il s'est finalement fait par l'intermédiaire de médecins généralistes et de médecins de PMI. Ont donc participé, les cabinets de Cadillac, Targon, Saint Médard en Jalles, Le Porge et Bordeaux bastide et ainsi que les PMI de Cadillac, Podensac / Langon et Mérignac. Cela a permis d'interroger des parents vivant dans des zones différentes du département à la fois en milieu rural, semi-rural ou urbain.

Plus en détail, les familles participantes offraient des caractéristiques sociologiques assez larges, avec notamment des configurations familiales et des milieux socio-économiques divers.

L'âge moyen des parents était de 31 ans.

A noter, que dans le but de préserver au maximum l'anonymat des participants, les données plus détaillées du talon sociologique n'ont été fournies qu'au jury de thèse, sur un document annexe lors de la soutenance.

4.2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont duré entre 25 minutes et 60 minutes, pour une durée moyenne de 42 min.

ENTRETIEN	<i>Durée</i> (' : minutes, " : secondes)	ENTRETIEN	<i>Durée</i> (' : minutes, " : secondes)
n°1	39'12"	n°7	38'38"
n°2	43'05"	n°8	25'26"
n°3	29'00"	n°9	40'54"
n°4	60'00"	n°10	27'47"
n°5	37'35"	n°11	48'06"
n°6	53'56"	n°12	55'56"
MOYENNE = 41 ' 63 "			
TOTAL = 500' soit 8h et 20m in			

TABLEAU 5 : Durée des entretiens

Au total, 8 entretiens ont été réalisés en tête à tête avec la maman (n°1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 et 11) et 4 entretiens ont été réalisés en présence des deux parents (n° 4, 5, 6 et 12).

Lors des entretiens n°3 et 9, le papa est arrivé en fin d'interview. Dans le premier cas, il ne semblait pas au courant de ma présence et ne s'y est pas intéressé et dans le deuxième cas, il s'est occupé de leur petit garçon pour nous laisser terminer tranquillement. L'entretien n°8 s'est fait en présence du grand père maternel, qui a simplement fait quelques remarques non intégrées à la retranscription car n'ayant pas modifié les propos de sa fille.

9 entretiens ont été menés en présence d'un ou plusieurs des enfants, ce qui a à chaque fois engendré quelques interruptions, n'ayant cependant pas fait perdre le fil de la conversation.

L'entretien n°7 a été interrompu pendant quelques minutes par un voisin venu sonner.

Tous les interviewés ont semblé plutôt à l'aise, voire même enthousiastes, une fois le rythme de l'échange trouvé. Seules les mamans n°3 et 10 ont semblé plus dans la retenue, visiblement un peu impressionnées par l'exercice, avec surtout la peur de « mal répondre » aux questions. Après réassurance et de nouvelles explications, les entrevues ont pu être menées à bien.

4.3. Résultats des entretiens issus du codage thématique

Le thème de la vaccination est une problématique centrale pour n'importe quel parent dont le ou les enfants ont moins de 6 ans. Souvent un peu surpris par la démarche qualitative visant à leur donner la parole, la plupart ont su exprimer clairement leur point de vue, comme en témoigne la longueur de certaines réponses. Beaucoup l'ont fait avec entrain, parfois sur le ton de l'indignation ou de l'incompréhension et d'autre fois avec humour, et dans tous les cas avec intérêt.

L'objectif principal de ce travail était de formuler des hypothèses sur les raisons évoquées par les principaux intéressés, à savoir les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans, sur l'existence de retards dans l'exécution du calendrier vaccinal chez leurs enfants. Dans certains cas une raison précise a été exprimée mais dans une majorité de situations, la problématique était plus complexe et multifactorielle.

Comme expliqué plus haut, la transformation du verbatim, dans un processus cyclique et itératif, avait pour but de lui donner un sens en s'ancrant uniquement sur les données en émergence. Ainsi, le thème du retard a largement été dépassé, le sujet principal a été décloisonné, et d'autres grandes idées ont été abordées. Des choix ont donc été faits lors de cette analyse en se basant notamment sur la fréquence et la répétition des occurrences, mais aussi sur l'intensité avec laquelle elles étaient exprimées. Les sujets qui nous sont apparus comme remarquables n'étaient donc par forcément ceux regroupant le plus grand volume de retranscription.

Environ une quarantaine de « nœuds » ont donc été extraits à l'issue du codage de l'ensemble du verbatim. Ils ont été ensuite regroupés en une vingtaine de sous-thèmes plus larges, eux même rassemblés une dernière fois en trois grandes notions ayant abouti à la constitution du plan d'analyse faisant sens. A noter que certains nœuds ont directement été utilisés comme notion finale sans avoir besoin d'être regroupés au sein d'une entité plus grande et que d'autres ont été utilisés plusieurs fois pour illustrer différents sous-thèmes ou thèmes (expliquant la répétition de certaines citations dans les résultats).

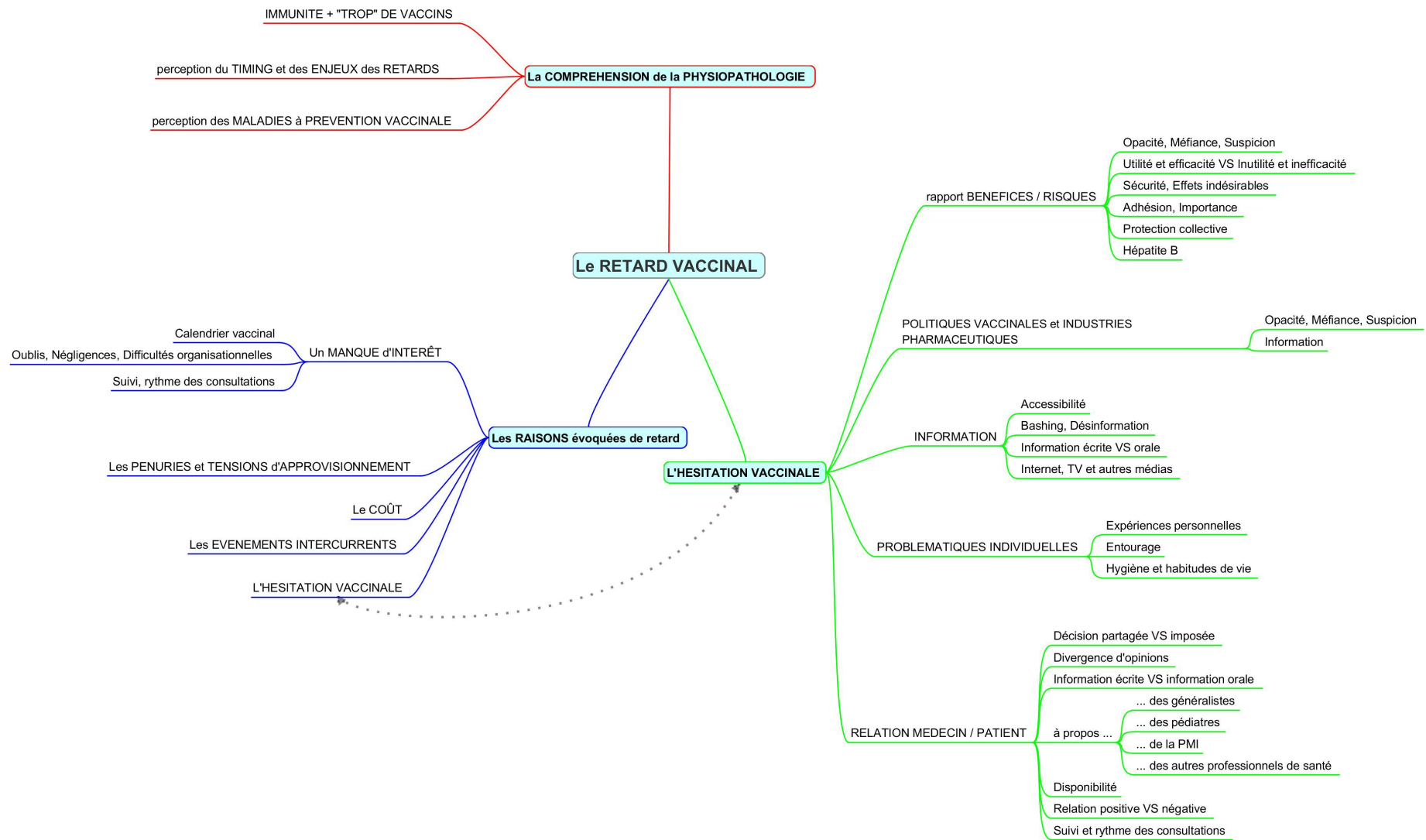


FIGURE 6 : Illustration du processus de codage thématique réalisé pour le traitement des entretiens

Lors de la retranscription, les déclarations des mamans ont été symbolisées par la lettre M et les déclarations des papas par la lettre P, suivis du numéro de l'entretien (suivant la chronologie). Les prénoms des enfants sont désignés par une lettre majuscule ne correspondant pas à leur initiale pour respecter leur anonymat.

4.3.a. Les raisons évoquées du retard vaccinal

Au cours des entretiens, cinq raisons de non respect des âges appropriés de vaccination avaient été évoquées par les parents.

- ***Raison n°1 : La vaccination n'est pas toujours au cœur des préoccupations des parents***
 - ***L'oubli, un motif fréquemment évoqué***

Les oublis et la procrastination ont été des motifs évoqués de façon répétée et plus particulièrement centraux pour les entretiens n°2, 4, 6, 7 et 9. Les parents expliquaient ces retards par l'existence d'autres priorités ou de difficultés organisationnelles.

M2 : « Pour M comment dire... on a dû faire 3 mois et 6 mois, je crois qu'on a un peu zappé et puis on a fait les 1 an [...] Parce que l'on oublie, on a plein de choses dans la tête, pas qu'un seul truc, le programme de la semaine... »

M4 : « Pour les plus grands, c'est surtout que l'on a zappé des dates. Pour les vaccins on sait qu'il faut les faire à un certain âge mais s'ils ne sont pas fait en début d'année on le fera en fin d'année. Ben voilà... [...] C'est surtout des oublis [...] Mais je décale, j'ai tendance à avoir la tête en l'air. »

M6 : « Là avec la petite troisième qui arrive c'est beaucoup plus compliqué »

M7 : « C'est de l'oubli. C'est juste qu'on y pense pas. »

M9 : « Je ne me souvenais plus qu'il fallait que je les fasse et puis en allant chez le médecin pour un nez qui coule, j'amenais tout le temps le carnet de santé et on m'a dit "vous avez oublié de faire les vaccins et il faut le faire". »

Un papa expliquait que les visites liées à la vaccination étaient pour lui une contrainte.

P6 : « Et moi personnellement c'est un truc qui m'embête de l'amener chez le médecin... »

Deux mamans ont mis en avant leurs appréhensions par rapport à un geste invasif et donc désagréable pour l'enfant.

M4 : « J'aime pas non plus les voir souffrir donc ça m'a pas poussée à être hyper active par rapport à ça. »

M6 : « On lui a fait un vaccin, le premier à la maternité, elle a tellement hurlé que j'ai dit bon ben on le fera plus tard... »

Si la santé de l'enfant a semblé être une priorité pour l'ensemble des parents, la vaccination, elle, ne semblait pas revêtir de caractère d'urgence ou n'était pas ressentie comme indispensable dans le parcours de soins. Certains parents expliquaient se laisser guider par le praticien sans s'y intéresser de leur propre initiative.

M2 : « Je fais confiance au médecin qui me dit qu'on va se revoir dans 3 mois, 2 mois. »

M9 : « Je vais chez le médecin et on me dit faut faire à tel... et voilà. »

Ce sont également globalement des parents qui quand je les interrogeais sur les motifs et rythme de consultation expliquaient voir le médecin de façon plutôt occasionnelle surtout lorsqu'il existait une problématique intercurrente au premier rang desquelles la fièvre.

M2 : « Je consulte un peu moins avec l'expérience. »

M3 : « Quand j'ai besoin. A part les vaccins ce sera s'il y a un problème [...] sinon je vais consulter, mais c'est rare. »

M4 : « Quand il y a besoin. C'est tout. Je ne vais pas y aller si il y a un tout petit peu de fièvre, si ça dure pas. Je vais pas le déranger pour des bricoles. [...] Ils sont pas souvent malades, donc on va pas souvent chez le médecin donc les carnets de santé ne sont pas souvent ouverts. »

P6 : « Là elle y va parce que on rattrape les vaccins. Mais honnêtement je suis plutôt un papa qui les emmène chez le médecin que quand ils vont pas bien, pas de visites de contrôle... je suis pas trop pour. »

M6 : « Généralement c'est seulement si je comprends qu'il y a quelque chose de grave qu'on va aller consulter. »

M8 : « Lui je sais que ça aurait dû être tous les mois, je sais, mais c'est quand il y a besoin. [...] les médecins [fait le geste du « ras le bol »]... c'est pas méchant mais si je peux éviter de l'emmenner. Avec les journées c'est bon. Donc c'est vraiment quand il y a besoin. »

M9 : « Moi je vous avoue que je vais très rarement chez le médecin... »

M11 : « Pour les grands j'ai fait tous les mois comme il fallait faire, et pour les 2 dernières ça devait être tous les 2 – 3 mois. J'essaie d'y aller quand il y a quelque chose. Quand il y a besoin de rien... »

- **La maîtrise du calendrier vaccinal**

- > **la composition du calendrier**

Tout au long des entretiens, aucun parent n'a montré une réelle connaissance du calendrier vaccinal. La plupart en ignorait le rythme et une majorité n'en identifiait pas non plus le contenu exact. Le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et la rougeole étaient les maladies les plus fréquemment évoquées. Les acronymes "DTP" ou "DTPolio" ainsi que "ROR" ont été utilisés, en

ne citant dans le détail qu'une fois la diphtérie et jamais les oreillons ou la rubéole. Ont été évoqués ponctuellement le pneumocoque, le BCG et la grippe. Le méningocoque C est apparu une seule fois. L'*Haemophilus* n'a quant à lui jamais été désigné.

CHERCHEUR : « Connaissez vous le calendrier vaccinal ? » :

M2 : « Pas du tout. Il faut que je regarde dans le carnet de santé. [...] Je sais à peu près les maladies pour lesquelles il y a un vaccin mais les dates je serais incapable de vous dire. Le 1er doit être à 3 ou 4 mois... »

M6 : « Non, alors le tétanos peut être ? Non. »

M7 : « Pas du tout. J'imagine une piqûre avec 11 souches dedans. »

M8 : « Non. Je sais juste que ma fille est tranquille pour l'instant. Je me rappelle pas en fait le rythme des vaccins à faire. »

M9 : « Pas du tout [en avale de travers]. »

M12 : « Je crois qu'il y a toutes les maladies infantiles sauf la varicelle [...] y'a la petite enfance et après y'a les rappels tous les 10 ans. Et après à partir de 20 ans c'est tous les 20 ans je crois. »

CHERCHEUR : « Mais sauriez-vous me donner les détails ? »

M12 : « Non Non, je sais que les 1eres injections sont vers les 2 – 3 mois. Ils peuvent le faire à la naissance aussi, ça dépend. »

Une maman a été précise concernant le rythme.

M10 : « Si c'est 2, 4, 11 et 18 puis 6 après je crois. »

> l'allègement des schémas vaccinaux à partir de 2013

L'allègement du calendrier vaccinal en 2013 n'a pas semblé être source de confusion dans la mesure où les parents concernés par une fratrie « à cheval » sur les deux calendriers ne paraissaient pas plus informés avant qu'après. Les changements semblaient néanmoins bel et bien source d'incompréhension, sans que cela vise plus particulièrement les grandes modifications de 2013. Aucun parent n'avait d'ailleurs remarqué que le calendrier vaccinal présenté dans le carnet de santé concernait encore les recommandations de 2005.

M5 : « Euh... alors je vais reprendre le carnet... [elle regarde le calendrier, je fais remarquer que c'est celui de 2005] Oh purée, ils mettent celui là ! C'est dingue ça. J'avais même pas fait gaffe. 2005 ! Y'a des lacunes ! »

M10 : « Après c'est ça qu'on comprend pas trop. Il y a quelques années le BCG était obligatoire maintenant il est plus obligatoire, l'hépatite avant était obligatoire maintenant elle est plus obligatoire mais elle va être obligatoire... Du coup on sait pas ce qui faut vraiment faire ou pas faire. »

M11 : « Mais c'est juste une feuille à changer !!! »

CHERCHEUR : « Du coup aviez vous remarqué qu'il y avait eu une modification des calendriers vaccinaux entre vos enfants ? »

M11 : « En fait je dois vous avouer que oui dans l'absolu je sais qu'il y a eu des changements mais que comme je fais un peu le calendrier vaccinal que je veux ... j'essaie en tout cas... du coup en pratique je me suis pas forcément intéressée... »

Une maman faisait néanmoins remarquer qu'il y avait des différences dans les recommandations faites pour chacun de ses enfants pouvant être source de confusion.

M4 : « Ces derniers temps ça a tellement changé entre le plus grand et les petits, et ça pas été très simple à suivre »

> les moyens de rappel

Quelques parents ont donné des éléments de réponse et des pistes de réflexion autour des moyens de rappel des moments de vaccination.

CHERCHEUR : Trouvez-vous utile que le médecin note les dates suivantes dans les grilles du carnet de santé ? :

M3 : J'ai jamais fait attention. Je consulte vraiment la petite carte postale. C'est important de l'avoir écrit. Ça m'aide. Parce que l'on oublie, on a plein de chose dans la tête, pas qu'un seul truc.»

M4 : Ça aurait été peut être un plus. Mais je décale, j'ai tendance à avoir la tête en l'air. Sur certains carnets c' était marqué mais ça m'arrive d'oublier. »

M6 : « Avec de la documentation écrite parce que c'est vrai que quand on nous parle de plusieurs choses on a tendance à prendre quelques informations dans le tas et on se souvient pas forcément de ce qui s'est dit donc un peu de documentation qui résume un peu tout ce qui s'est dit c'est pas mal. »

P6 : « Ouais mais accessible pas avec des mots qu'on comprend pas... »

M7 : Moi je prends tout le temps mes rendez-vous sur doctolib... j'ai vraiment une petite tête... et du coup 2 jours avant il y a un petit rappel et j'me dis : « ah oui c'est cette date là ».

CHERCHEUR : Donc vous serviriez vous d'une application par exemple ? »

M7 : « Ouais ça pourrait être utile. »

M8 : « Noter les dates ce serait pas mal... il me semble en plus que mon médecin il le faisait pour moi quand j'étais plus jeune. Il notait la date d'après. C'est que j'ai eu à regarder et il y a rien. Ça serait pas bête »

- **Raison n°2 : Les pénuries et tensions d'approvisionnement ont retardé certains parents ne souhaitant pas faire de vaccination hexavalente**

Les pénuries et tensions d'approvisionnement de ces dernières années ont amené à revoir la stratégie vaccinale de certains enfants et ont modifié le parcours de soins de certaines familles. Parmi les parents interrogés ceux ayant été gênés étaient ceux ayant fait le choix de ne pas réaliser le vaccin hexavalent, dernier à être disponible en officine de ville.

Dans un premier temps certains ont patienté.

M1 : « Il y avait déjà la pénurie de vaccins. Donc on est parti, elle avait 3 mois et on n'avait pas pu faire tout de suite un vaccin [...] aucun DTP sans hépatite B n'était disponible en pharmacie. »

M2 : « A un moment donné on était en pénurie et je rageais parce qu'il fallait soit prendre l'hépatite B soit on avait rien. J'ai eu énormément de chance car j'ai fait plein de pharmacies et je suis tombée à chaque fois au moment où il en arrivait 3 ou 5. C'est pour M. qu'il y a eu le plus de difficultés. Mais le pédiatre en avait lui aussi dans son frigo donc finalement pour les 3 enfants on a bataillé mais j'ai trouvé les vaccins. »

M4 : « Oui et j'en subis [des pénuries], c'est pour ça qu'ils ont changé le vaccin. Pour certaines des injections on a galéré pendant 6 mois. J'ai fait les commandes à la pharmacie. Malheureusement je suis tombée en plein dedans. Donc oui ça a encore décalé. »

M5 : « On a eu un problème sur les 3 mois. J'avais commandé. Ça nous a retardé d'une semaine max. C'était pas un gros retard. »

Dans un deuxième temps, certains ont pu être orientés vers les PMI détentrices des quelques doses restantes non hexavalentes.

M1 : « On a même pensé à aller à l'étranger donc... Et sur la PMI il leur restait un stock de quintavalent. Ils nous ont reçu rapidement. »

Les parents ne semblaient pas avoir connaissance des raisons de ces pénuries ou en avoir été informés.

CHERCHEUR : « Avez-vous été informés sur les raisons de ces pénuries ? » :

M1 : « Non. Mais mon mari en en discutant avait vu qu'une grande partie des vaccins avait été envoyée à l'étranger. »

M6 : « Il me semble qu'il y a une notion de vaccins qui ne se trouvent plus dans les pharmacies... Parce que avant on pouvait choisir les vaccins qu'on pouvait mettre alors que maintenant on nous oblige à mettre tous les vaccins en même temps... »

M7 : « On était déjà sur 3 vaccins obligatoires qui étaient pas mal, on est passé sur 6 dont 3 qui n'étaient pas obligatoires mais on avait pas le choix parce que on avait plus que ça. »

M11 : « Même j'ai été surprise parce que je sais plus si c'est elle ou A. où j'ai été en pharmacie et je l'ai eu alors que tout le monde dans le coin disait il y a pénurie. Mais ça m'aurait pas perturbé, j'aurais encore repoussé la date d'injection c'est tout (rire). Parce que sinon ça a été assez mal interprété, comme par hasard il y a plus le vaccin "simple" mais il reste le cocktail. Ça a été jusqu'à " ils veulent nous obliger à vacciner notre enfant". Et encore une fois ils ont pas été capables d'expliquer les choses clairement. »

- **Raison n° 3 : Le coût, un frein évoqué une seule fois**

La problématique financière a été évoquée tardivement au cours de l'entrevue n°8. La question a par la suite été ajoutée au guide d'entretien.

CHERCHEUR : « Pourquoi y a-t-il eu des retards chez votre fils ? »

M8 : « Parce que j'ai pas de mutuelle. C'est un problème financier surtout. Ça était que ça de toute façon. »

CHERCHEUR : « Sans cette problématique les auriez-vous faits en temps et en heure ? »

M8 : « Ah oui oui comme j'ai fait pour sa sœur. Donc on essaie de récupérer un peu le retard là. »

Lors des entretiens suivants, le coût n'a pas semblé être un souci.

CHERCHEUR : « L'aspect financier a-t-il été pris en compte ? » :

M10 : « Non j'ai une mutuelle. »

M11 : « Je me suis jamais posée la question. »

M12 : « Non, Non du tout, même si ça augmentait on le fera vacciner au moment de rentrer à l'école sous réserve que ses problèmes d'allergie ne s'aggravent pas. Mais c'est remboursé, une partie quand même. »

- **Raison n°4 : Certains événements intercurrents ont pu retarder les injections**

Il est classique en pratique courante de repousser une vaccination parce qu'au moment « j » l'enfant est malade. Il n'existe néanmoins pas de contre-indication formelle à vacciner en cas de rhinopharyngite ou autre virose saisonnière. Il s'agit surtout du confort de l'enfant. Ce motif de retard n'a été évoqué que par une seule maman.

Cette même maman a aussi mentionné un événement annexe lié à la vie de tous les jours comme cause précise de retard car ayant poussé à ajourner les rendez-vous médicaux déjà prévus.

CHERCHEUR : « Pourquoi y a-t-il eu du retard chez votre petite dernière ? »

M3 : « Je suis partie voir mes parents. Mon père s'est fait opéré donc je suis restée avec eux. C'était avant un an pour la rougeole. Sans ces événements il y a rien qui m'aurait fait manquer le vaccin. Je peux prendre un jour de repos, elle peut y aller avec son père... Y a rien qui peut me faire tarder. Il y a beaucoup de solutions. On essaie de s'organiser. » [...]

M3 : « Je suis partie voir le Dr F en urgence car elle a eu du rouge dans les selles [Il s'agissait d'un érythème du siège] alors qu'elle ne l'avait jamais eu avant. C'était à cause des dents. Et on a parlé des vaccins. Elle m'a dit qu'on ferait le vaccin qui manque quand elle sera bien. »

Une autre maman explique que le retard de vaccination était lié à un changement de mode de suivi. L'accessibilité aux soins n'ayant pas été évidente dans la zone rurale de résidence. Il existait un suivi préalable avec deux généralistes différents mais cette maman a fait le choix expressément

d'un suivi en PMI.

M10 : « En fait c'est le transfert à la PMI et comme pour avoir des rendez-vous c'est un peu plus long, j'ai dû attendre. [...] Quand elle est malade je l'emmène chez le Dr S mais sinon c'est plutôt la PMI [...] A la base j'avais le Dr M. que j'aimais beaucoup pour mon premier mais après j'ai eu le Dr S mais j'étais pas très satisfaite des examens. Ma sœur m'a parlé de la PMI et m'a dit que là-bas c'était bien suivi et tout ça... »

Les déménagements successifs chez le couple 6 n'ont pas été mentionnés comme facteur de retard mais comme frein à un suivi régulier.

P6 : « Pour l'instant on a pas de médecin traitant... [...] Déjà on a beaucoup bougé donc on est jamais resté bien longtemps au même endroit... Donc au niveau du suivi c'est vrai... »

- **Raison n° 5 : L'hésitation vaccinale, une nouvelle problématique**

Cachée sous divers nœuds de codage, l'hésitation vaccinale a réellement été au cœur de la plus part des échanges, au point que cela mérite d'être développé dans un paragraphe dédié (voir plus bas).

4.3.b. La compréhension de la physiopathologie

Les parents ont également été interrogés sur leur perception de l'immunité, du timing et du rythme des vaccinations et évidemment des maladies à prévention vaccinale.

- **Des idées reçues sur l'immunité**

Le thème de l'immunité a été ajouté au guide d'entretien à l'issue des entretiens 4 et 5, sous l'impulsion de commentaires concernant l'allaitement et de l'idée qu'il existait avec la vaccination des risques de « surcharge » de l'organisme.

P5 : « C'est le système immunitaire de la mère qui doit travailler encore avec le lait et les choses de ce genre... »

M5 : « Ouais quand tu l'allaites. Et la proportion de femmes qui allaitent maintenant »

M11 : « Pour moi déjà l'allaitement, qui aide beaucoup les enfants. Je sais pas si ça protège le système immunitaire ou ça l'aide à se développer. Physiologiquement je sais pas ce que ça peut faire, mais pour moi ça a une grande influence... pour le système immunitaire... »

L'idée que l'on renforce son système immunitaire en étant exposé à l'environnement et à diverses maladies a été mise en avant régulièrement, comme un apprentissage naturel.

CHERCHEUR : « Donc on en vient à la notion d'immunité... pour vous comment la construit-on ? » :

P6 : « Je pense qu'il apprend... Il fait les bêtises et il apprend... Après pour tout ce qui est maladie je pense que c'est le sein... » [...] « J'allais chez le médecin que quand

j'étais malade, je fais pareil avec mes enfants... ça les rend un peu plus solides c'est pas plus mal »

M7 : « En étant malade. On habitue son corps à combattre petit à petit. Mon fils il fait tomber sa tétine par terre, je la ramasse mais je suis pas pour la stérilisation à 100%. »

M9 : « Après c'est plus quand il jouait, s'il avait de la terre sur les mains et qu'il mettait les mains à la bouche... voilà des choses comme ça. J'étais pas quand il était petit tout le temps derrière lui à nettoyer les mains, tout le temps la bouche, à le surprotéger. »

M11 : « Après pour moi un enfant fait son système immunitaire si tout va bien, si il fait sa vie normale comme un enfant de son âge, qu'on lui donne pas d'alimentation qui soit pas adaptée à son corps parce que maintenant c'est de plus en plus tôt. [...] »

M12 : « Bah en étant déjà exposé aux éléments extérieurs donc un enfant qui a joué beaucoup dehors »

P12 : « C'est ça, on recommande aussi aux enfants d'être exposés aux pollens [...] Ton fils va s'amuser avec la terre, il va faire ses anticorps... j'ai pas été vacciné et j'ai des anti corps [...] Ensuite pour moi les vaccins c'est pas une solution, pour moi la solution serait de pouvoir développer le système immunitaire des gens. »

Deux mamans ne connaissaient pas le processus d'immunisation.

CHERCHEUR : « Selon vous comment un enfant construit-il son immunité ? » :

M8 : « J'en sais rien du tout. »

M9 : « Oh... [rire]. Je sais pas... je sais pas forcément. A ma petite échelle c'est vrai que les vaccins je sais pas trop, voilà... »

Et deux mamans ont su expliquer le fonctionnement de la vaccination.

M7 : « ... Cela dit le système des vaccins c'est de l'auto-immunisation. C'est de prévenir le corps "eh tiens regarde celui là il est pas sympa donc euh... prépare ta défense et ne l'oublie pas" ».

M10 : « Par rapport aux vaccins, je crois qu'on leur ingère le virus et ils créent des anticorps. »

La question de l'âge des premiers vaccins et de la possibilité d'une "surcharge" de l'organisme a été omniprésente, **trop de valences différentes, trop à la fois, trop tôt dans la vie...** La vaccination a pu être décrite comme agressive et affaiblissante, comme en témoigne l'utilisation répétée de l'adverbe "trop".

M1 : « Pour un petit bébé de 9 mois avoir ce DTP combiné à " x " vaccinations, ça nous semblait aberrant. Parce que trop de choses pour un si petit bout. »

M2 : « Je trouve que ça fait beaucoup. C'est peut être une image que l'on a, mais pour l'organisme c'est difficile de tout assimiler. »

M4 : « J'ai peur de trop les surcharger surtout pour les tout petits parce que après je sais que les grands sont plus forts, ils ont déjà fait plus ou moins leur immunité. »

M5 : « Moi je trouve c'est trop chez un petit bout. Qu'au niveau des réactions que ce soit trop difficile à gérer pour l'organisme d'un coup... »

P6 : « Moi je pense que c'est trop. »

M6 : « Après chaque enfant peut réagir différemment aussi donc je sais pas... pour moi vacciner un nourrisson, il est tellement petit il vient juste de naître... On lui injecte des substances et on se dit qu'il peut mal réagir... »

M7 : « Mais ce que j'imagine surtout c'est faire autant de vaccins d'un coup, là ils en rajoutent aussi beaucoup. Soit vous inoculer beaucoup de maladies d'un coup et ça je trouve ça dangereux, soit vous êtes obligés de faire beaucoup de piqûres régulièrement et je trouve ça très lourd aussi... je sais pas. »

M10 : « C'est le nombre de maladies. En fait ce qui me dérange c'est que en fait toutes les maladies sont regroupées en un vaccin et du coup on comprend pas exactement ce qu'on injecte à nos enfants. Tout est regroupé. Enfin on me dit y'a ça, l'hépatite... mais c'est trop. »

M11 : « Pour moi c'est le calendrier, c'est le rythme... vacciner un enfant qui vient de naître et qui justement a un système immunitaire qui est immature, d'autant plus s'il est pas allaité, pour moi je le vis comme une agression pour son corps et une prise de risque. [...] Moi je trouve que c'est violent dans la quantité dans le vaccin, le produit où maintenant je ne sais pas combien on en met parce que je m'y intéresse pas plus que ça... mais j'ai entendu parler de vaccins hexa ou je sais pas quoi... pour moi ça fait une injection enfin... les molécules à l'intérieur... pour moi c'est beaucoup trop d'un coup... j'ai peur justement que ce soit trop pour le système immunitaire immature d'un enfant à cet âge là. [...] Sinon moi ce qui me choque c'est ça... le BCG à la naissance. Pour moi c'est incompréhensible. »

P12 : « Déjà les professeurs d'immuno disent que l'enfant ne peut pas supporter le vaccin avant 4 – 5 ans, c'est pas possible c'est trop fort. »

Les enjeux liés à un possible « abus » de vaccination ont été évoqués par deux mamans. La maman n°11 craignait un affaiblissement du système immunitaire qui pour elle pourrait devenir en quelque sorte dépendant et assisté par les vaccins. La maman n° 4 a quant à elle exprimé sa crainte de voir les vaccins diminuer en efficacité si on venait à trop les utiliser, un peu comme on le constate pour les antibiotiques, et évoquait une utilisation "diluée" des vaccins chez son conjoint.

M4 : « Moins il y a de médicaments et mieux on se porte. Je pense que pour certaines choses c'est pas forcément nécessaire et le jour où on en aura besoin si on en a trop pris ça ne marchera plus. [...] j'ai peur qu'à force de vacciner à ce point là trop, est-ce que les maladies vont pas muter et devenir encore pires ? [...] Ça vient aussi de chaque famille. Mon conjoint a été obligé de faire diluer ses vaccins. Quand il était petit les médecins diluaient parce qu'il faisait des réactions importantes aux vaccins. »

M11 : « Après j'ai l'impression que du coup on va créer des systèmes immunitaires qui

vont plus être capables par exemple pour la grippe de se défendre si ils ont été habitués à se vacciner. »

A l'opposé, deux mamans n'étaient pas préoccupées par le nombre de vaccins simultanés proposés par le calendrier vaccinal.

M8 : « Ça va c'est raisonnable [...] C'est très bien, ça évite justement qu'il y ait 15 vaccins. »

M9 : « Je dirais qu'il y en a suffisamment. Je dirais pas beaucoup parce que ça me choque pas. J'ai pas l'impression qu'il en ait fait énormément non plus et je sais qu'il y en a plusieurs qui sont rassemblés dans un seul vaccin donc... »

- ***La temporalité des vaccination était diversement perçue par les parents interrogés***

La question du timing n'a jamais été spontanément évoquée par les parents. En réponse à mes interrogations, l'effet domino engendré sur la réalisation du reste des injections et la possible extension d'une période de vulnérabilité aux MPV ne semblaient pas être une préoccupation des interviewés. La ponctualité n'était pas une préoccupation.

CHERCHEUR : « Selon vous quel impact peut avoir le timing dans la réalisation des vaccins ? Cette période plus longue où l'enfant n'est pas protégé est-elle embêtante ? » :

M2 : « Ça me dérange pas d'aller voir plusieurs fois le médecin et d'espacer les choses. »

M4 : « Si il y a un petit décalage c'est pas forcément ça qui va rendre l'enfant malade ou qui va faire qu'il va choper la maladie [...] Dans tous les cas, ils ont eu les premiers et après ce sera que des rappels donc s'il y a 6 mois ou 1 an d'écart je me dis que c'est pas forcément... »

M5 : « Non. Sur un mois de décalage je pense pas. Je suis pas médecin mais je pense pas. »

P6 : « Ça permettrait peut être de voir l'évolution de l'enfant sans vaccin... Pareil on commence à mettre les vaccins à 4 ans et que de 0 à 4 ans il a rien, ça veut dire que les vaccins y'en pas réellement besoin. »

M7 : « Je pense qu'on peut attendre »

M8 : « Je pense pas de que ce soit super important, faut juste qu'à la fin ils les aient tout comme il faut [...] Mais si ça été fait comme ça ils savent quand même ce qu'ils font. »

M10 : « pas méchant... un mois de retard [...] A la PMI on m'a pas dit que... au contraire au téléphone la dame m'a dit que c'était rien de méchant. »

M11 : « Alors si je pense que ça a été réfléchi mais par rapport à quoi ? Par rapport à

la fin des congés maternité ou est-ce que c'est pour une raison médicale physiologique... je sais pas, j'ai pas été faire des recherches. J'ose croire que ça a été réfléchi [rire] [...] Du coup on fait des rappels à des âges un peu différents. Les miens ont commencé le calendrier vaccinal plus tard que ce qui est conseillé et jamais un médecin ne m'a parlé de ça. »

M12 : « Hormis situation exceptionnelle, je vois pas quel problème pourrait se poser. »

Certains parents pesaient un peu plus le pour et le contre.

M7 : « Là je fais confiance aux médecins. Normalement ça a été étudié pour le bien être de l'enfant. »

CHERCHEUR : « Que pensez-vous de l'importance du timing dans la vaccination, les retards ont-ils des conséquences ? »

M9 : « Je pense que ça en a une oui. Moi j'ai merdé, mais je pense que si ça doit être fait à telle date avec 2 mois d'intervalle ou je sais plus, je pense qu'il y a une raison. »

- **Des visions inégales des maladies à prévention vaccinale**

Les maladies à prévention vaccinale étaient perçues par certains comme des maladies anciennes, peu graves et ne concernant plus vraiment nos sociétés contemporaines favorisées. Beaucoup étaient conscients qu'elles n'ont pas totalement disparu mais ne se sentaient pas concernés.

M5 : « Lors des premières vaccinations réellement il était pas trop exposé à ce genre de maladies. Il y avait vraiment très peu de raisons qu'il tombe dessus à part quand on allait voir des amis ou des choses du genre. »

P6 : « Les médecins nous ont dit "ah vous avez de la chance qu'elle ait rien eu" mais moi je suis sûr qu'elle a rien eu parce que y'a rien à avoir si tu prends pas les conneries des vaccins... »

CHERCHEUR : « Donc quel est votre ressenti par rapport à toutes ces maladies à prévention vaccinale ? »

P6 : « Moi je pense que c'est un mythe et que c'est pas forcément ce qu'on nous dit. »

M6 : « Moi je connais pas forcément les maladies donc je peux pas dire... »

M7 : « Je me dis que la rougeole, je vois pas ça comme quelque chose de très très dangereux. C'est ennuyeux mais c'est pas forcément dangereux si l'enfant est en bonne santé. Un enfant qui est tout le temps malade, fragile, très bien je suis pour le vaccin... mais un enfant en bonne santé je suis moins convaincue. [...] C'est possible que comme il n'y a plus la maladie, on se demande encore pourquoi on vaccine. [...] Ces maladies ne représentent pas toujours un danger. [...] Mais est-ce que les maladies traînent encore, je sais pas. »

M8 : « Je pense pas que chez nous ça existe encore... peut être la coqueluche, les trucs comme ça mais pour moi c'est pas des maladies super graves et je pense pas que ce soit fréquent... en tout cas pas chez nous.

CHERCHEUR : Et donc justement, ne pensez vous pas que l'on est moins vigilant par rapport à ces maladies car les campagnes de vaccination ont été efficaces ?

M8 : Ah si forcément... on a en a moins peur... ils sont censés protéger mais bon...

M11 : « Bah euh... pffff... je connais pas toutes ces maladies. Pour moi non elles sont plus forcément d'actualité, ou alors elles sont d'actualité sur certains territoires du monde. Je pense que si on habitait pas en France peut être que j'aurais pas la même vision des vaccins qui me sont proposés, forcément. Mais vu qu'ils sont classés que dans les vaccins conseillés. Pour moi oui ces maladies là entre guillemets font moins peur. Et d'un autre côté on en arrive à avoir un vaccin pour la grippe [ton ironique]... certes il y a eu des épidémies de grippe espagnole là, ça peut devenir dangereux, mais pour moi la grippe ça reste une maladie banale. Il faut faire attention, faut se soigner mais enfin. J'ai l'impression que je sais pas pourquoi on fait des nouveaux vaccins. Comme le vaccin papilloma virus. Pour moi j'ai l'impression que c'est du lobbying de laboratoire. Mais c'est mon interprétation à moi. »

Parfois même sont citées certaines infections pour lesquelles il n'a jamais existé de vaccin, comme la peste, ou pour lesquelles sont attribuées des particularités erronées, comme par exemple pour le tétanos cité comme pathologie contagieuse.

M2 : « Il y a aussi le fait, peut être à tort, que l'on est plus amené à avoir le tétanos ou les ROR qui sont des maladies très infantiles et très contagieuses. Alors que l'hépatite B ... »

M4 : « Quand on voit ce qui a pu se passer il y a 200 ou 300 ans avec certaines maladies, si on pouvait éviter que reviennent une peste ou une rubéole... [...] On est quand même dans des pays où ils sont mieux que dans d'autres pays. »

Pour certains, comme dans les entretiens n°4, 7 et 12, leur réapparition en France pourrait être le fait des mouvements de populations et de l'immigration.

M4 : « Une maladie a jamais disparu. Pour moi le risque existe toujours. On voit des maladies qui étaient vieilles et qui réapparaissent un peu partout dans le monde donc... les maladies voyagent plus vite que l'homme. »

M7 : « Mais il y a un brassage de populations qui fait qu'on en a encore besoin, ça je suis d'accord. »

Le couple n°12 considérait que les conditions de vie en France nous prémunissent contre la circulation des MPV et avaient une vision de leur épidémiologie bien précise.

CHERCHEUR : « Donc pensez-vous qu'en France nous soyons toujours concernés par les maladies à prévention vaccinale ? »

M12 : « Ça dépend du terrain familial, de la fragilité de certaines personnes qui ont une faible immunité déjà naturellement et qui sont exposées souvent à des changements, par exemple des températures rudes dans les montagnes, quelque chose où il est facile d'attraper n'importe quoi... là oui... ou quand il y a un gros manque d'hygiène, dans des coins où l'eau n'est pas trop potable, où les ordures ne sont pas ramassées... des conditions un peu exceptionnelles. »

CHERCHEUR : « Mais si on se positionne dans des conditions de vie générales en France... que pensez-vous de la place des maladies à prévention vaccinale ? »

M12 : « Ça dépend c'est du cas par cas. Si demain les poubelles n'étaient plus ramassées, là oui je ferais vacciner mon fils » [...]

P12 : « Déjà c'est cas par cas. Le fait qu'il y ait 11 vaccins forcément c'est non et d'ailleurs c'est pour ça que ce n'est pas obligatoire, parce que il y a des maladies dans ce pack où vacciner les enfants contre ça notamment l'hépatite B et C qui sont des maladies qu'on peut attraper de façon spécifique. Ça s'attrape pas comme un rhume, c'est soit un milieu où il y a de la drogue ou s'il y a des relations sexuelles non contrôlées... donc vacciner un bébé comme ça. [...] je trouve que y'a des arguments très fallacieux... y'a le Dr Cymes qui l'a dit par rapport à la rougeole "moi j'ai vu un cas dans ma vie, ça a été traumatisant"... y'a peut être 2 – 3 enfants qui meurent chaque année de la rougeole et on se rend compte que sur les trois y'en a un à deux qui sont vaccinés.. bon ben c'est acceptable et c'est normal... »

CHERCHEUR : « Que se passerait-il si les français cessaient de se vacciner ? »

P12 : « Ça changerait pas grand chose... y'a toujours des pics qui surviennent et après la maladie stagne et ça reste relativement bas... et quand on voit les plus grandes épidémies qui ont touché l'humanité, y avait pas de vaccin, elles ont pas été arrêtées par le vaccin. »

CHERCHEUR : « On a quand même éradiqué la variole... »

P12 : « Oui mais pas la peste, pas le choléra, pas la grippe espagnole qui ont fait énormément de morts »

CHERCHEUR : « Ce ne sont pas des maladies pour lesquelles on possède un vaccin ... »

P12 : « Et non mais ça prouve qu'il y a eu un pic et qu'après la maladie a quasiment disparue, aujourd'hui c'est très très rare. Enfin chez nous en tous cas » [...]

M12 : « Mais je pense que des maladies comme la tuberculose pourraient revenir, parce qu'en ce moment avec la crise humanitaire et des gens qui arrivent de pays du tiers monde. »

P12 : « Oui oui la gale aussi »

M12 : « Donc plein de maladies d'un autre monde, que nous on avait au XIXe siècle chez nous, là oui il y a un risque, le problème c'est qu'il faut surveiller qui rentre sur notre territoire, dans quel état sanitaire, faut les mettre en quarantaine les soigner faire quelque chose et eux éventuellement les vacciner, parce que si nous au fil du temps on a réussi à se renforcer vis à vis de ces microbes là, si il nous arrivent des nouvelles souches, je sais pas si c'est comme ça qu'on dit, des nouveaux trucs contre lesquels on est pas naturellement protégés, il risque d'y avoir une hécatombe dans le pays... »

Certains parents cependant soulignaient leur préoccupation persistante mais uniquement pour quelques unes des MPV. L'idée d'une possible réapparition épidémique en cas de suspension de la vaccination persistait notamment dans les entretiens n°5, 8 et 9.

M1 : « On a vu dans d'autres pays qu'il y avait eu certains cas de diphtérie etc... et je le souhaite à personne et pas à mon enfant. »

M4 : « Je sais que le tétanos et les diphtéries sont des maladies extrêmement dangereuses. Donc ça il n'y a pas de problème. La polio c'est pareil, l'hépatite B aussi. Mais après y'a certaines maladies où il y a peut être pas forcément besoin du vaccin. »

M5 : « Ça peut tellement aller vite à ce qu'ils les attrapent, que non pas de choix [parmi

les différentes valences]. *Surtout avec les gens qui le font de moins en moins [...] Je pense que c'est quelque chose qui peut revenir... »*

CHERCHEUR : Que pensez vous qu'il puisse se passer si les français arrêtaient de se vacciner ?

M8 : Ben ça reviendrait comme les anciennes générations je pense.

M9 : « Je pense que c'est des maladies qui peuvent être graves. [...] Je pense que ça existe encore, peut être pas toutes. Mais en tout cas si les vaccins s'arrêtent c'est des maladies qui peuvent encore revenir. Ça empêche ça aussi les vaccins. Parce que même si la personne est vaccinée, les enfants autour le sont pas forcément donc ça peut aller très vite. »

M10 : « Ça peut être de la précaution parce que quand même ça peut être des maladies graves, je préfère qu'elle se fasse vacciner. Y'a certaines maladies qui font que je peux comprendre pourquoi on les vaccine mais y'a certaines je préférerais qu'elle les attrape plutôt que de se faire vacciner contre. »

CHERCHEUR : « Avez-vous des exemples ? »

M10 : « Ben la varicelle, la grippe c'est un vaccin qui me fait peur aussi. »

4.3.c. L'hésitation vaccinale, un concept vaste complexe et central

L'hésitation à la vaccination a regroupé une part importante du verbatim exprimé par les parents. Plusieurs sujets ont été abordés qui rentrent dans ce cadre : la perception du rapport bénéfice / risque de la vaccination, la vision des politiques vaccinales et de l'industrie pharmaceutique, les moyens d'information en santé, l'opinion de l'entourage et leur expérience concernant la vaccination et les maladies dont elle prévient ainsi que la qualité de la relation médecin / patients – parents.

Comme pour les résultats précédents certaines citations sont spontanées et d'autres en réponse à mes relances.

- ***La perception du rapport bénéfice / risque de la vaccination***
 - ***La iatrogénie, une préoccupation constante dans un climat de méfiance***

Les inquiétudes concernant la sécurité d'utilisation, les **effets secondaires immédiats** mais surtout à long terme ont un poids élevé dans le verbatim retranscrit. Ont surtout été cités comme effets secondaires directs, la fièvre post injection et les « réactions », parfois non précisées, qui pourraient s'en suivre.

M4 : « J'ai peur de fortes fièvres qui puissent pas être baissées ou de fortes réactions allergiques. [...] S'il vient à avoir un problème, je pense que je pète un plomb, s'ils tombent malades à cause de la piqûre, je serai peut être plus droite dans mes bottes. »

M5 : « Mais c'est toujours un stress quand je le fais vacciner. »

CHERCHEUR : « C'est l'acte en lui même qui vous embête ? »

M5 : « Non c'est plus le risque. En fait les possibles conséquences qu'il peut y avoir. [...] Qu'au niveau des réactions que ce soit trop difficile à gérer pour l'organisme d'un coup »

P6 : « Les vaccins c'est pas naturel et donc pour moi un vaccin on lui donne un peu la maladie entre guillemets... et si on cherche un peu ce que c'est, c'est vraiment ça... On nous donne le problème et en même temps la solution mais on met quand même le problème... [...] Ils sortent un déo et vingt ans après t'apprends que c'est cancérigène et moi c'est ce côté là qui me donne pas confiance. » [...]

CHERCHEUR : « Donc concernant les effets secondaires, vous dites j'ai peur pour le futur ? »

P6 : « Et bien que ça amène de vraies maladies ou des trucs comme ça ... »

M8 : « Il a eu 39,5° [suite au vaccin] alors que le gamin il a jamais rien, j'me dis voilà ça sert à quoi ? »

M10 : « Je vérifie toujours s'ils me font de la température ou pas après. Par précaution, je donne toujours du Doliprane ® parce que j'ai peur qu'ils me fassent de la fièvre.

CHERCHEUR : « Y a-t-il des effets secondaires plus tardifs qui vous inquiètent ? »

M10 : « Euh non ça non. »

P12 : « ... des répercussions qu'il y a eu par rapport aux personnes qui ont été vaccinées et qui ont fait des réactions et qui ont déclenché la maladie. »

CHERCHEUR : « Pensez-vous que ce soit quelque chose de fréquent ou de rare ? »

P12 : « Non c'est pas quelque chose de rare... de là à dire que c'est fréquent non mais c'est pas négligeable... Quand vous interrogez les experts ils vous disent « oui il y a un cas pour mille... », y en a quand même beaucoup plus que ça, ça doit tourner autours des 4% ou 3%... ça fait beaucoup... »

Au delà des effets secondaires immédiats, les parents ont aussi évoqué spontanément des doutes ou angoisses liés à une possible apparition de **sclérose en plaques post vaccinale**, lors des entretiens n°1, 7 et 10. Le lien avec d'autres pathologies telles que l'autisme a aussi été mentionné. Certaines valences en particulier concentraient les appréhensions comme l'hépatite B, le papilloma virus ou la grippe saisonnière.

CHERCHEUR : « Quelles sont vos craintes concernant les effets indésirables ? »

M1 : « Il n'y a pas forcément des supers retours et pour l'hépatite B surtout. Tout ce qu'il y a eu au niveau sclérose en plaques. [...] Sur les vaccins récents, on pas beaucoup de retour comme pour le papilloma virus. »

M2 : « Et le fait qu'il y ait une maladie pour laquelle je ne suis pas forcément pour (l'hépatite B) me dérange dans ces mélanges. [...] On englobe trop de choses et on pourrait peut être séparer. Le seul qui m'embête c'est l'hépatite B. Mes enfants ont tous la méningite et le pneumocoque. »

M7 : « La sclérose en plaques. Et il est en étude actuellement que les vaccins sont en rapport avec l'autisme. Je trouve ça très très dangereux. »

M8 : « Il y a quelques temps j'ai vu, sur internet bien sûr, qu'il y en a un qui avait causé des maladies sympathiques chez les enfants et j'ai vite regardé si ma fille l'avait eu et par chance elle l'avait pas eu. Donc on a une gamine qui va très bien et puis à 4 - 5 ans elle commence à faire des convulsions, des machins, des trucs... »

M10 : « On a pas fait l'hépatite B parce qu'y a des scléroses en plaques dans la famille de mon conjoint et du coup avec ce qui était raconté avant que ça pouvait avoir euh... du coup ça nous fait un peu peur. [...] La grippe c'est un vaccin qui me fait peur aussi. Y'a eu beaucoup d'histoires avec les vaccins de la grippe. »

M11 : « Ce qui pourrait me faire peur oui c'est dans l'absolu qu'il y ait des séquelles au niveau neurovégétatif. »

M12 : « L'autisme, y'a des études qui ont été faites prouvant le lien entre l'autisme qui se déclenche après une réaction au vaccin... » [...]

P12 : « Parce que la vaccination prend un risque et c'est une solution de facilité. »

CHERCHEUR : « Quel(s) risque(s) ? »

P12 : « Par les adjuvants, par les maladies que l'on contracte en réaction...l'hépatite B et l'hépatite C...»

Une maman était plus particulièrement inquiète des répercussions engendrées par les **co-administrations**, qui sont plus nombreuses depuis la refonte du calendrier vaccinal en 2013.

M5 : « Euh, ben on a décalé, c'est très simple, le Prevenar ® et Infanrix ®. On a séparé à chaque fois. Le fait qu'ils ne le mettent pas dans le même vaccin, moi me rend interrogatif sur le fait que s'ils peuvent pas le mettre dans le même vaccin, c'est qu'il peuvent peut être pas être faits ensemble. Après il y a peut être d'autres raisons parce que je suis pas dans le médical non plus. Au moins s'il réagit à un des 2 on sait lequel, comme quand on introduit des nouveaux aliments. »

Sont fréquemment apparus des mots ou idées traduisant **un climat de doute et de suspicion**, ou regrettant l'opacité des informations, que ce soit vis à vis du vaccin lui même ou vis à vis des institutions de santé.

Premièrement, la **composition** des vaccins a été questionnée, avec entre autre des interrogations sur l'innocuité des adjuvants.

M1 : « Qu'est ce qu'on va injecter à un enfant ? »

M4 : « Je sais pas réellement ce qu'il y a l'intérieur et avec tout ce qu'on entend, on se pose des questions. »

P6 : « Ben c'est qu'on sait pas vraiment ce qu'y a dedans et c'est pas naturel ce qu'ils mettent dedans... Il faut vraiment le chercher pour savoir... [...] Même je pense que les médecins la plupart sont bernés, ils savent pas vraiment ce qu'ils mettent dedans... »

M7 : « Et dedans il y avait de l'aluminium et des cochonneries alors que l'OMS pointe du doigt l'aluminium en disant que c'est dangereux pour la santé. »

M8 : « Si c'était pas obligatoire, honnêtement je le ferais pas. [...] On sait pas finalement ce qu'il mettent dedans et c'est jamais très rassurant quand même »

P12 : « Mais l'autisme c'est à cause du mercure. »

M12 : « Oui voilà j'allais y venir, y'a pas que la vaccination en elle même, c'est les

adjuvants qui s'y ajoutent et notamment des métaux lourds et d'autres choses de ce genre, en ce moment c'est le professeur Joyeux qui en parle beaucoup. »

CHERCHEUR : « Que craignez-vous par rapport aux adjuvants ? »

M12 : « Des problèmes psychomoteurs, des problèmes de développement... dans une vidéo que j'ai vu dernièrement, le professeur qui avait été invité à parler de l'aluminium présent dans les vaccins expliquait que quand l'aluminium entre dans l'organisme, la molécule rentre dans le corps et n'en sort jamais et c'est pas présent naturellement dans le corps. »

Deuxièmement, le **manque de transparence** était clairement évoqué ou suggéré.

M1 : « En France on aime bien les flous et ça manque de transparence. »

M2 : « Scientifiquement c'est pas clair. »

M4 : « Ils marquent tous les effets secondaires. Après est-ce qu'ils y sont vraiment tous, est-ce que ce sont les bons chiffres qu'ils diffusent et quand ils les diffusent ? Du public comme moi ne va pas forcément aller chercher certaines choses. Il faut s'intéresser pour savoir. Une meilleure information et une meilleure transparence ce serait mieux parce que c'est quand même nous qui achetons les traitements. Vous les médecins vous avez quand même plus de chance d'avoir de la transparence mais après vous ne savez pas tout non plus. Et l'État a ses parts aussi là dedans. Tout n'est pas blanc et tout n'est pas noir. »

P6 : « Oui mais qu'est ce qui prouve que les vaccins ont fait que ... y'a pas de preuves c'est que des on-dit... »

M7 : « Je pense qu'il n'y a pas assez de transparence. Les gens sont méfiants. Ça fait 15 ou 20 ans que les décisions prises ne le sont pas forcément dans l'intérêt de la santé et l'intérêt des gens. Il y a qu'à voir les décisions concernant l'agro-alimentaire. [...] Vacciner les enfants je suis d'accord mais faut voir ce qu'il y a dedans. »

M9 : « Même des fois on le voit avec des médicaments, que ce soit même avec la pilule ou avec plein d'autres médicaments où on nous a dit tout va bien mais 10 ans après ils nous sortent que c'est pas forcément bon donc je me dis au moins je prends du recul. Après je sais pas, si ça se trouve, c'est pas dangereux du tout.. »

CHERCHEUR : « Mais qu'est ce qui vous embête exactement ? »

M9 : « Peut être le manque de transparence... »

Pour finir, certains parents étaient plus confiants.

M3 : « Sinon y a jamais eu de trucs graves. Leur corps supporte. Il y a même pas eu de petite fièvre. »

M6 : « Moi je suis un peu mitigée sur la question... Moi même j'ai été vaccinée mais enfin j'ai pas si mal réagi... Mon fils a été vacciné aussi et n'a pas non plus trop mal réagi... »

M9 : « Ça [les effets secondaires] me freine pas dans le sens où le pourcentage est

tellement minime que ça m'a pas freinée parce que je me disais que c'était pour sa santé aussi. »

◦ **Des opinions mitigées sur l'utilité et l'efficacité de la vaccination**

Il est essentiel de bien comprendre la perception qu'a le public du rapport bénéfice/risque de la vaccination. Il est un facteur primordial d'adhésion. Or dans ce contexte de doute et d'hésitation, **l'utilité et l'efficacité des vaccins ont été remises en cause dans certains entretiens.** Cela fait également écho à la perception qu'ont les parents des maladies à prévention vaccinale, de la notion d'obligation vaccinale et de lobbying des industries développées dans d'autres paragraphes.

M4 : « Je sais que pour d'autres, même vacciné, on peut les attraper quand même. Donc à quoi sert le vaccin. [...] J'ai tendance à ne pas trouver forcément nécessaire. »

P6 : « Clairement je pense que ça la protège pas du tout... [...] Pour moi dans ma tête les vaccins ça enlève plus les protections que le corps a naturellement que ça l'améliore, les vaccins ça permet que tu puisses être malade de tout et rien. »

M7 : « Un enfant qui est tout le temps malade, fragile très bien je suis pour le vaccin... mais un enfant en bonne santé je suis moins convaincue. »

M8 : « Moi franchement si ça avait pas été obligatoire aucun des deux n'auraient eu de vaccins mais bon... »

M11 : « Je sais pas si le vaccin sera efficace de suite, si ça a vraiment une utilité et une logique. »

M12 : « Comme il va pas en crèche. Et s'il y a pas de nécessité... encore une fois... »

Le désintérêt portait parfois sur certaines valences en particulier.

M1 : « L'hépatite B ou la méningite, on en trouvait pas l'utilité à l'heure actuelle. [...] Et pneumocoque, parce qu'on a vu avec le Dr G qu'au niveau retour ce n'était pas hyper probant qu'il y ait une efficacité.»

P6 : « Clairement je les vaccinerai pas et je les laisserai sans vaccin... ça veut pas dire que je m'en occuperai pas... y'en a certains dont on a besoin peut être comme le tétanos ou les trucs comme ça mais on a pas besoin de tous les vaccins que l'on nous met... »

M10 : « Ceux qui sont obligatoires pour moi je pense qu'ils sont utiles quand même [...] Après on fait trop de vaccins pour tout en fait. Comme la grippe, la varicelle [...] Après je peux comprendre sur certaines maladies mais y'en a d'autres je comprends pas trop»

L'évolution des modes de vie a aussi été mise en avant pour justifier la perte d'intérêt des vaccins. Les progrès hygiénistes modernes ont été évoqués à de multiples reprises au cours notamment des entretiens 6 et 12.

P6 : « Moi je pense que c'est pas forcément les vaccins qui font que... Avant il y avait peut être moins d'hygiène aussi... »

M12 : « Quand il y a un gros manque d'hygiène, dans des coins où l'eau n'est pas trop potable, où les ordures ne sont pas ramassées... des conditions un peu exceptionnelles. »

D'autres semblaient convaincus de l'utilité et de l'efficacité de la vaccination, parfois concernant certaines pathologies seulement ou sous certaines conditions.

M1 : « On est pas contre la vaccination et on trouve que certaines sont importantes [...] On est toujours dans la même politique raisonnée / raisonnable et qui soit efficace. [...] DTP on trouve ça cohérent, la coqueluche on a vu que c'était important et qu'il y avait de bons retours là dessus »

CHERCHEUR : « Savez vous qu'en 2013 au moment où vous avez commencé la vaccination de N, il y a eu un allègement du calendrier vaccinal ? Cela vous paraît-il être une bonne chose ? »

M2 : « Si on a jugé qu'en terme d'efficacité c'est pareil... le but c'est qu'ils soient protégés. S'il faut 4 ou 2 injections... ma priorité de maman c'est qu'ils soient protégés même s'il faut aller voir 4 fois le médecin. »

M3 : « Oui ça protège. [...] Ça va je pense que c'est efficace. »

M4 : « Faut que ce soit utile et prouvé. [...] Ça reste nécessaire du fait de toutes les saloperies qui traînent par terre. »

M7 : « Mon fils n'est pas malade donc je me dis que ça marche. »

M9 : « Je pense que c'est fait pour les protéger, pour pas qu'ils y aient des maladies d'avant qui reviennent aussi... [...] Pour moi ça marche, je pense que ça marche [...] D'un côté je me disais que si je le fais pas et qu'il tombe malade et qu'au final c'est très grave, je m'en voudrais de pas l'avoir fait. »

Une maman ne s'est pas positionnée.

CHERCHEUR : « Malgré cela pensez vous qu'il y ait une efficacité ? Que ça protège ? »

M8 : « J'espère que ça l'est. Après honnêtement j'en sais rien. Je l'aurais pas fait à ma fille finalement j'aurais peu être pu vous dire « ah ben non finalement, j'aurais dû lui faire car elle a tout attrapé »... après comme j'ai tout fait dans les règles... »

Allant plus loin dans la réflexion, **l'aspect collectif de la vaccination** a été abordé. Les bénéfices pour la communauté et le groupe ont été soulignés par certains parents.

CHERCHEUR : « Que pensez vous de l'intérêt collectif de la vaccination ? »

M1 : « Pour le DTP et le ROR on l'a vu. »

M2 : « Si c'est recommandé, dans l'idéal ce serait bien de le faire pour le bien de tous... mais après on imagine que tout le monde va la faire... »

M3 : « Bien sûr. C'est pas que je pense, c'est la vérité. »

M5 : « Je trouve beaucoup plus dangereux de ne pas vacciner par rapport à la santé publique que de vacciner. »

CHERCHEUR : « Donc il existe pour vous un intérêt collectif ? »

M5 : « Ah oui. Oui oui. » [...]

P5 : « C'est stupide dans un sens parce que si tout le monde arrête de se vacciner tout le monde sera malade. »

M7 : « J'imagine bien que c'est collectif... si un enfant arrive avec la rougeole ou un DTpolio en crèche, les parents vont s'inquiéter pour leurs enfants, je vois bien l'intérêt. »

M8 : « Forcément que ça a un intérêt pour la communauté... Je veux dire un gamin commence à ramener de la coqueluche par exemple à l'école, ça va vite... »

M9 : « Parce que même si la personne est vaccinée, les enfants autour le sont pas forcément donc ça peut aller très vite. »

CHERCHEUR : « Donc vous me parlez d'un intérêt aussi collectif ? »

M9 : « Ah oui complètement. Je pense que si mon intérêt à la base n'était pas aussi collectif, je réfléchirais un peu plus à la question. Même si la santé de M. est ma priorité et que j'y ai pensé avant tout le reste mais voilà faut se dire que c'est pour les générations futures. Donc la sienne, ses enfants. Moi j'ai pas envie qu'il y ait des maladies qui reviennent. »

M10 : « C'est individuel et collectif aussi. C'est un peu des deux. »

D'autres ne trouvaient pas l'argument suffisant pour justifier à lui seul la vaccination.

P6 : « Dans le cas où la plupart des gens le font peut être que oui... mais si personne se vaccine comme ça il y aura pas de problèmes ça va plus vite... »

M11 : « Je comprends que les structures collectives aient besoin qu'au minimum les vaccins obligatoires soient faits. [...] Mais c'est comme si on donnait des antibiotiques en prévention d'une maladie, "bon ben voilà c'est l'entrée de l'hiver donc mes enfants je vais leur faire faire une cure d'amoxicilline pour pas qu'ils aient les maladies d'hiver". Pour moi je le vois un peu comme ça. »

P12 : « On connaît des enfants qui en ont pas eu et qui ont pas eu de problèmes et sont scolarisés »

CHERCHEUR : « Et ceci n'est-il pas possible parce que justement le reste de la collectivité est protégée ? »

P12 : « C'est ce qui s'est dit mais c'est pas prouvé. »

M12 : « Pour faire le test il faudrait que le reste de la population arrête de se vacciner. »

P12 ; « Ils disent c'est une mesure de santé publique, qui ne fonctionne que si y'a 90 à

95% de couverture. »

- **une image écornée des politiques vaccinales et de l'industrie pharmaceutique**

L'industrie pharmaceutique (« **les laboratoires** ») a toujours été évoquée de façon négative au fil des entretiens, indépendamment de l'opinion des parents sur la vaccination. L'intérêt financier était clairement dénoncé, la notion de profit prévalant au rôle sanitaire selon les interviewés. L'impression d'opacité voire même de manipulation ont également été mises en avant.

M4 : Pour moi il y a un intérêt des laboratoires. C'est leur façon d'avoir de l'argent. [...] Malheureusement votre métier est devenu un business. »

P6 : « Ils font les vaccins pour faire tourner entre guillemets la médecine, ils testent, ils essaient... sûrement un intérêt financier... [...] Je pense plus pour les laboratoires que pour les médecins... pour moi un médecin c'est comme un pompier, il fait le métier parce qu'il veut aider les gens, je ne pense pas qu'il se dise que c'est un business... »

M7 : « Je n'ai aucune confiance dans les laboratoires ! »

M8 : « Je m'en occupe pas... pour faire du fric ils se font du fric.. mais on a pas le choix... encore une fois on est obligé de leur faire confiance en fait. »

M9 : « Le fait qu'ils se fassent autant d'argent sur le dos des gens en fait, et sur la santé. [...] Après on est peut être pas assez transparent. »

M11 : « Pour moi j'ai l'impression que le patient n'est plus au centre des premières préoccupations. J'ai plus l'impression que c'est devenu des grosses entreprises qui doivent faire du chiffre comme une entreprise classique [...] Quand je vois que certains médicaments font de la pub à la télévision, moi c'est quelque chose qui me... pour moi ça n'a pas lieu d'être on parle de santé et pas de produits ménagers. »

L'objectivité des dirigeants et la présence de **conflits d'intérêts** par rapport aux lobbys pharmaceutiques ont aussi été mentionnés par certains, souvent ceux manifestant une hésitation importante voire un refus complet de la vaccination. De nouveau, les intérêts financiers sont évoqués comme prépondérant par rapport aux enjeux de santé publique.

M1 : « Quand on débat en ce moment sur peut-être une obligation vaccinale pour 11 vaccins et que derrière vous apprenez que cette dame [la nouvelle ministre de la santé], que je connais pas, a travaillé pour les laboratoires... vous vous dites est ce qu'il y a un phénomène de cause à effet. »

M5 : « Étant donné que je tends de plus en plus à ne pas avoir confiance en les gens qui nous dirigent, le ministère de la santé, c'est interrogatif aussi. Je pense que c'est plus les lobbys qui font... (rire) et du coup on peut se poser la question. [...] Faudrait que ce soit pas les politiques budgétaires qui priment mais l'humain.. »

M7 : « Mettre quelqu'un ministre de la santé qui a fait 15 ans dans les laboratoires pharmaceutiques, forcément les gens sont sceptiques et les gens ont peur. Balancer

dès que le président Macron est élu l'obligation de 18 vaccins bien sûr que ça fait peur. Sachant que lui même vient de la banque et que toutes ses décisions sont prises dans l'intérêt des plus riches plutôt que la population... »

M12 : « Ce qui serait bien c'est que les responsables de la santé dans le pays se mettent d'accord pour justement ne pas en faire une histoire de gros sous [...] Je trouve que c'est dangereux car associer la santé et le profit, au bout d'un moment le perdant ce sera toujours le même, le patient.

P12 : Elle [la ministre de la santé] a travaillé pour les labos et son mari y travaille encore, y'a conflit d'intérêt. »

Par ailleurs, la vaccination pose **la problématique particulière de l'obligation vaccinale**. Il s'agit de l'une des seules interventions en santé définie par la loi. Au delà de son intérêt et de sa justification, se pose la question de son interprétation par le public.

Plusieurs remarques dans ce sens ont pu être dégagées des entretiens. Tout d'abord que les vaccins jusque là obligatoires étaient mal connus. Dans un tiers des entretiens, les parents ne savaient pas les nommer. Ensuite, il existait un véritable questionnement portant sur obligation = nécessité et/ou gravité ? Et/ou obligation = contrainte et privation du libre arbitre ?

L'obligation signifiait **pour certains qu'il existe un plus grand intérêt médical**.

M2 : « Effectivement pour moi si c'est obligatoire c'est qu'il y a un réel danger si on ne le fait pas. »

CHERCHEUR : « Donc si je comprends bien pour vous la notion d'obligation est associée à la notion de gravité ? »

M2 : « C'est tout à fait ça. Pour moi si on interdit il y a une raison, si on autorise aussi. »

M7 : « Jusque là il y avait 3 vaccins obligatoires, je me disais que c'était des maladies quand même dangereuses pour qu'on soit obligé de les imposer aux gens. En rajouter encore ça perd de l'importance. C'est pour contraindre les gens. »

M9 : « Je sais pas si ça a un sens mais j'ai l'impression qu'aujourd'hui on a plus tellement le choix d'obliger les gens parce que si tous les vaccins n'étaient pas obligatoires, il y a beaucoup beaucoup de parents qui feraient pas les vaccins. »

M10 : « Après c'est ça qu'on comprend pas trop. Il y a quelques années le BCG était obligatoire maintenant il est plus obligatoire, l'hépatite avant était obligatoire maintenant elle est plus obligatoire mais elle va être obligatoire... Du coup on sait pas ce qui faut vraiment faire ou pas faire. [...] Parce qu'en fait dans notre tête comme c'est obligatoire le DTP polio pour nous c'est quelque chose de grave donc nécessaire. »

M11 : « Oui effectivement en lui donnant un caractère obligatoire, pour moi du coup ça veut dire que potentiellement ces maladies là sont encore d'actualité et c'est à dire qu'on est toujours dans une protection de la population sur ça, vu que les autres sont justes conseillés. [...] Après ce que je trouve pas normal c'est que du coup on ne trouve pas que le DTPolio. [...] Mais vu qu'ils sont classés que dans les vaccins

conseillés. Pour moi oui ces maladies là entre guillemets font moins peur. »

D'autres y voyaient une **manœuvre lobbyiste vouée à l'enrichissement et bafouant les libertés individuelles**. Le défaut de communication concernant cette problématique était clairement critiqué.

M5 : « Moi je pense que dès qu'il y a obligation, ils savent très bien que les gens vont le faire donc... dès qu'il y a obligation il y a forcément rentrée financière derrière. C'est pas que de ça c'est de la santé publique, je dis pas mais les labos... »

M4 : « Mais vaut mieux ne pas rendre obligatoire mais mieux expliquer aux gens, plutôt que de les forcer à faire les choses surtout avec les français qui sont butés. [...] Pourquoi de nouveau rendre obligatoire ? Est-ce que ça a réellement un sens ? Ne pas dire « ça on va le rendre obligatoire et votre avis on s'en tape ».

P6 : « Oui parce qu'on nous dit « c'est obligatoire » « faut le faire » mais on nous dit pas pourquoi... [...] Moi je le fais parce que je sais que si on le fait pas elle pourra pas rentrer à l'école... »

M6 : « C'est pour être tranquille. »

M7 : « Je pense que ça leur coûte rien à faire et que ça leur rapporte énormément et plus on fait de vaccins obligatoires et plus ça leur rapporte. Je pense que là dessous y'a des dessous de table. »

M8 : « la nouvelle [ministre de la santé] je vois pas pourquoi elle se prend le chou à en rajouter... Le problème c'est que ça va braquer des gens.»

M9 : « Après on est peut être pas assez transparent. Le fait qu'ils nous en rajoutent on sait même plus ce qui est utile ou non, si c'est pour la santé de l'enfant ou plus pour des fins financières pour les entreprises qui s'occupent de ça. »

M11 : « Pour moi les vaccins je les mets au même rang que n'importe quoi qu'on peut proposer à un patient. Si on lui dit que il a ça et qu'il faudrait qu'il se fasse opérer ou qu'il fasse ci ou ça, pour moi on lui donne son point de vue de médecin, on l'aiguille vers des spécialistes si besoin et c'est quand même le patient qui fait son choix. C'est son corps. Et en fait j'ai l'impression qu'avec la vaccination on enlève ça. »

P12 : « Donc vous allez devant la cour européenne des droits de l'homme et la France est condamnée parce qu'un pays n'a pas le droit d'obliger à la vaccination, ça va contre les libertés [...] De toute façon c'est très facile, Kouchner a passé une loi... en gros je sais que s'il est pas vacciné je peux le mettre à l'école, le directeur me dit "non il est pas vacciné", je sais très bien qu'il y a des précédents et l'État va l'obliger à le rescolariser parce que l'obligation de scolarisation est plus importante que l'obligation vaccinale... il y a plein de trucs comme ça pour justement de faire en sorte de ne pas vacciner son enfant donc y'a pas de problème. »

- **Les moyens d'information des parents**

Afin de comprendre le point de vue des parents sur la vaccination, il paraissait nécessaire de les

interroger sur leur façon de s'informer.

Pour certains, la démarche semblait facile, l'information **suffisante, fiable et trouvable**.

CHERCHEUR : « Trouvez vous être suffisamment informée sur la vaccination ? »

M1 : « Il y a toujours la possibilité de s'informer, par le médecin traitant et la PMI. Quand vous sortez de la maternité vous avez nombre de moyens pour s'informer, la sage femme, la PMI... »

M3 : « Oui ça va. Pour moi je trouve que ça va. »

M5 : « Vous prenez des infos et vous faites un compromis. »

Pour une majorité d'autres, la communication en santé, et notamment sur la vaccination, n'était **pas toujours facile à comprendre, parfois biaisée et souvent difficile à obtenir**.

P5 : « Déjà sur le sommeil c'est compliqué donc sur les vaccins ! »

M5 : « Les gens sont de plus en plus contre les vaccins sans trop réfléchir sur le pourquoi du comment. Y'a un effet de mode aussi. Ça vient des rares cas d'effets indésirables, d'un effet de mode, des réseaux sociaux. Chacun donne son avis et pas forcément en mieux. »

P6 : « Il faut vraiment le chercher pour savoir. »

M6 : « Moi je trouve qu'on est pas assez informé sur les risques, sur les bienfaits qu'il peut y avoir... »

M9 : « Je pense qu'on est un peu noyé dans tellement d'informations que ce soit des personnes contre les vaccins et qui donnent plein d'informations de leur côté ou que ce soit les médecins qui vont nous dire qu'il faut le faire, que c'est important.. »

M10 : « C'est vrai on en fait des polémiques mais après c'est vrai qu'on entend des choses derrière, des décès ou des trucs assez graves qui font que... comme la sclérose en plaque... donc moi je peux comprendre aussi [...]. »

CHERCHEUR : « Que pensez-vous qu'il faudrait améliorer ? »

M10 : « Peut-être plus d'informations. Plus en consultation, plus individualisé. »

M11 : « Parce que les informations faut aller les chercher et c'est pas forcément très facile pour tout le monde. [...] Il y a vraiment moyen d'avoir de l'information et de l'écoute mais je suis pas sûre que ce soit le plus répandu. »

Plus en détails, le tout premier moyen d'information abordé a été **Internet**. Nombreux étaient les parents exprimant leur méfiance par rapport aux informations trouvées sur la toile mais beaucoup l'utilisaient malgré tout. Les autres médias notamment la télévision et les journaux n'ont pas été évoqués, sauf dans les entretiens n°6 et 12 où des reportages télévisés ont été mentionnés.

M1 : « Je trouve qu'il y a tout et n'importe quoi. Il faut savoir faire le tri [soupir] et je ne trouve pas ça hyper fiable. »

M3 : « Et en même temps je cherche sur internet. C'est la meilleure source. Enfin pas la meilleure mais... j'ai pas de site préféré. »

M5 : « Euh très peu internet parce qu'il y a de tout et que des fois si j'avais pas eu ma formation d'infirmière, on gèrerait tout et n'importe quoi. »

P6 : « Moi je trouve qu'internet c'est bien mais ça enlève pas le fait de parler avec une personne en face à face. »

M6 : « On est beaucoup noyé aussi.

P6 : « Avec internet demain t'as mal à la tête, tu vas mourir dans 3 jours... »

M6 : « Moi j'ai vu des reportages à la télé où il y a plein de mamans qui disaient que leur enfant avait eu des problèmes, mais je me souviens plus du nom... »

M7 : « On trouve de tout sur internet. De tout et son contraire. »

M9 : « J'évite tout ce qui est forum internet parce qu'on a vite un cancer. Donc ça je regarde pas. »

M10 : « Je vais beaucoup dans les forums [...] Quand il y a quelque chose qui va pas c'est vrai que j'ai tendance à regarder sur internet, même si c'est vrai il faut pas le faire. Je m'inquiète très très vite et je prends tout de suite rendez-vous chez le médecin et finalement c'est pas grand-chose [...] Avec tout ce qu'on entend des fois... »

CHERCHEUR : « Et qu'avez-vous entendu justement ? »

M10 : « Ben des petits qui sont décédés après tel ou tel vaccin. Ça fait un petit peu peur quoi. »

M11 : « J'évite de plus en plus d'aller sur internet parce que j'ai l'impression qu'on peut trouver tout et son contraire et c'est très compliqué d'avoir un libre arbitre surtout en ce qui concerne le médical parce que voilà je suis pas médecin, je suis pas biologiste. »

M12 : « J'ai vu dernièrement une vidéo d'une dame australienne qui témoignait et son fils est resté lourdement handicapé »

P12 : « Il y a aussi le fils de Robert de Niro... il a offert une forte somme d'argent à celui qui prouverait que les vaccins étaient inoffensifs... »

Le médecin traitant était largement plébiscité et évoqué comme la source principale d'information en santé. La fiabilité et la confiance étaient les sentiments prédominants. Cependant le manque de temps et l'absence d'approfondissement concernant l'information sur la vaccination étaient reprochés.

CHERCHEUR : « Quand vous avez des questions de santé, où allez-vous chercher les réponses ? » :

M1 : « Ce que notre médecin généraliste fait et qui est très bien, c'est qu'il nous explique la vaccination, les retours... est-ce que on voit un réel impact au niveau des enfants vaccinés ou pas. »

M4 : « Moi je me fais mon avis et si les gens sont pas contents c'est pareil je m'en fous. Mon médecin l'avait compris, donc pour certains vaccins il ne me force pas la main mais manque d'explication. »

M5 : « Sinon on a pas été plus informé que ça... Après au niveau du Dr N. il a toujours répondu à nos questions.»

P6 : « Le mieux c'est quand même les documents avec le médecin en face à face, je pense c'est le mieux... »

M8 : « Chez le médecin forcément... oui oui parce que les pharmaciens ils sont mignons mais euh... c'est compliqué ici, je préfère le médecin...

M9 : « A la fin avec le Dr C ce qui était compliqué c'est qu'il avait plus le temps [...] Je pense que c'est important de pouvoir en discuter, pas forcément pour dire je suis pas d'accord mais juste voilà qu'on me rassure. »

M11 : « En premier lieu c'est mon médecin. »

M12 : « D'abord chez un médecin de préférence un médecin homéopathe... qui soit les deux, allopathe et homéopathe. »

On remarque que **les professionnels de santé eux-mêmes ont pu être source de confusion** auprès de leurs patients. En France certains ont fait publiquement parler d'eux. Ces entretiens ont montré que de façon individuelle, le discours perçu des médecins n'était pas toujours le même.

M1 : « Ce serait bien que chacun ait la même ligne de conduite en l'occurrence quand c'est efficace et bien démontré ».

M2 : « De fait, notre 1er médecin traitant était pas pour démarrer tôt. Donc pour O. on s'est calé sur ce qu'elle nous a dit. Mais N. et M. ont tout de suite été suivis par le pédiatre donc ont commencé plus tôt. »

M4 : « Et on nous disait pas forcément tout parce que la PMI nous disait qu'il y avait du retard et le généraliste non. Ils se contredisaient. ... et il y avait aussi les avis des médecins... On a eu le droit au médecin qui dit que c'est un peu trop, l'autre qui dit que c'est pas assez, ou les médecins qui râlent parce que on est en retard. Ceux qui disent qu'on était pas assez grand, que l'on ne faisait pas comme il faut et ainsi de suite... »

M9 : « En tout cas moi pour ma part j'ai l'impression de pas savoir qui croire. Parce que j'ai envie de croire les gens qui sont contre qui disent « y a ça, y a ça, y a ça , prouvé par a + b », mais d'un autre côté, j'ai envie de dire que les médecins sont pas là pour nous tuer ou pour nous faire du mal, donc s'ils nous disent de le faire c'est pour notre santé... donc par moment c'est un peu compliqué. Moi pour les vaccins, je suis un peu perdue et c'est pour ça que heureusement que j'ai pas d'enfant maintenant parce que ça va augmenter et que je me pose encore plein de questions.»

M10 : « Là, je sais que je dois faire le BCG pour mes enfants. On me l'a recommandé mais c'est pas obligatoire mais recommandé dû à mes origines et celles de mon

conjoint mais alors j'entends des personnes qui disent qu'ils l'ont pas fait faire parce qu'apparemment leur médecin leur a dit non parce que c'est entre chair et peau et donc il faut absolument pas que l'enfant bouge... enfin voilà ça fait un petit peu peur, j'entends des "on-dits". »

M12 : « Sinon on allait voir un médecin qui nous disait "les vaccins c'est très simple vous les mettez au four, pendant je sais plus combien de temps, sur four maximum et ça tue l'action après vous l'injectez" ou alors y'a la technique c'était "vous mettez de l'argile verte"... après vous avez le certificat sur le carnet de santé et on vous embête pas. »

- **Les expériences personnelles et l'entourage fondent aussi la perception de la vaccination et participent à l'hésitancy**

Régulièrement, les parents interrogés ont évoqué des **propos rapportés par leur entourage, des convictions personnelles ou histoires familiales.**

Même si toutes les familles n'abordaient pas forcément le sujet avec leurs proches et qu'ils ne partageaient pas systématiquement les mêmes opinions, cette parole semblait peser dans la balance décisionnelle. Les parents des entretiens 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11 et 12 ont expliqué aborder la question de la vaccination avec leurs proches et connaissances.

M2 : « Un voisin à nous a un petit qui a déclaré une sclérose en plaques. Avec un discours des parents qui est là. Ça fait certainement un conditionnement. »

M4 : « Dans ma famille j'ai eu un peu mes parents qui étaient comme ça. Ma mère était contre certains vaccins. [...] Mon intérêt est d'avoir des opinions de professionnels ou de parents. Leur avis peut être différent du mien, ça me pose pas de problème. Mais j'en ai besoin pour me faire une opinion. »

M5 : « On en a moins parlé avec elles [les grands mères] mais sa mère à un moment donné c'était "oh mais vous allez le faire vacciner mais vous savez il peut se passer ça !" et moi qui suis dans le médical, je lui disais "oui mais si on le fait pas il peut aussi se passer ça". Si tout le monde se met à ne pas le faire ça peut être catastrophique. Mais oui après il peut... pas de bol. [...] On en a pas spécialement parlé. Je pense que nos amis font tout d'un coup. On a pas du tout les mêmes façons de voir et les mêmes façons de faire sur pas mal de choses. »

P6 : « Ma mère m'a pas vraiment mis la pression pour U, elle m'a donné son avis et je pense qu'elle part du même principe que moi. »

M9 : « Après on a entendu de tout avec mon conjoint. « le vaccinez pas, il va être plus malade » ou « faites le »... après ça nous a jamais dévié de ce que l'on voulait faire [...] Forcément on a toujours l'avis des parents, des beaux-parents... »

Les expériences personnelles fondaient également l'appréciation des parents concernant la vaccination.

M5 : « Moi la grippe. C'est mon angoisse dans le travail parce que si on est obligé de se vacciner ça va être galère. Mais bon moi j'ai fait une réaction, j'ai fait comme si

j'avais eu une grippe en fait. [...] Déjà sa mère [désigne son conjoint, donc parle de la grand-mère paternelle] est très angoissée parce qu'elle a une connaissance, une petite à 1 an qui est devenue paraplégique sur un rappel de vaccin. »

M11 : « Après j'ai connu une famille où effectivement la petite s'est fait vacciner contre la coqueluche, 3 jours après elle avait la coqueluche carabinée elle est allée à l'hôpital, elle a failli y passer. Là pour le coup je l'ai vécu et ça m'a un peu confortée dans ce que je pensais. [...] Je me nourris beaucoup d'expériences sans prendre pour argent comptant ce que les gens me racontent parce que c'est leur ressenti, leur vécu et la situation peut être particulière. »

Trois mamans exerçaient des professions paramédicales. Elles étaient donc plus susceptibles dans leur quotidien professionnel d'être confrontées aux problématiques vaccinales.

M1 : « Je le vois aussi dans ma pratique parce que en 6eme, on a les dépistages infirmiers approfondis, et la vaccination est un grand point pour l'académie [travaille en milieu scolaire] [...] En plus on nous demande de rabâcher quand on voit que le calendrier vaccinal n'est pas respecté même pour des vaccinations non obligatoires. Avec mon binôme, on est d'accord pour ne pas obliger les parents mais à l'heure actuelle c'est un peu ce qui se fait. »

M11 : « Après je me suis protégée, parce que du coup je me retrouve entourée de mamans qui sont comme moi voire anti-vaccination, du coup on m'a envoyé plein d'articles d'enfants qui avaient tels séquelles après les vaccins, autisme et tout ces trucs là... je m'en suis protégée parce que je pense que certes peut être qu'il y a eu des cas mais je suis pas sûre qu'il y en ait autant que l'a dit cette vague d'informations »

Au delà de leur représentation des maladies à prévention vaccinale, la question de la présence de cas dans la famille ou entourage proche a été posée, dans la mesure où on peut se demander si une confrontation directe avec la pathologie n'influence pas les décisions vaccinales. Les parents interviewés rapportaient peu de cas. Hormis le papa du 12e entretien qui n'avait pas du tout été vacciné dans l'enfance et a donc présenté de nombreuses maladies éruptives de l'enfant, on retrouve trois cas de coqueluche et deux cas de tétanos et en majorité décrits chez les ascendants.

M7 : « Il me semble que j'ai eu la coqueluche dans l'enfance mais je suis pas sûre »

M8 : « C'est maman qui a eu la coqueluche quand elle était petite je crois. »

M12 : « J'ai une grande tante qui est décédée en bas âge de la coqueluche. [...] Et je sais qu'il y a eu aussi un mort, mon arrière grand oncle du tétanos. Il était paysan et il s'était blessé avec une vieille fourche et il est décédé. »

P12 : « Moi le premier mari de ma mère quand il est né, sa mère avait le tétanos et donc lui aussi il avait des problèmes par rapport à ça... il s'en est remis. »

CHERCHEUR : « Et vous monsieur vous me dites que vous n'avez pas été vacciné du tout ? »

P12 : « Zéro vaccins »

CHERCHEUR : « Avez vous eu les maladies dites infantiles ? »

M12 : « Rougeole, varicelle, scarlatine, oreillons... Il a tout eu »

P12 : « Ouais je crois qu'il y a que la coqueluche que j'ai pas eu. »

Finalement, les parents ont été interrogés sur leur **vision générale de la santé**. Il me semblait en effet important de comprendre dans quelle démarche de soins mais plus largement dans quel projet de vie se prenait la décision vaccinale. La majorité des parents étaient attachés à une « bonne hygiène de vie ». L'alimentation était le premier des éléments cité avec entre autre le sommeil et l'équilibre familial. Les « méthodes naturelles » étaient plébiscitées par les parents rencontrés.

M1 : « Ça passe avant tout par l'alimentation [...] Ça va être ensuite un foyer équilibré. On fait attention au quotidien, à elle, à ses demandes, à ses besoins, à ce qu'elle puisse sortir quand elle a envie et pouvoir se dépenser. Mais surtout l'alimentation. Et puis on aime bien tout ce qui est réseau court, AMAP, les légumes... Moi je viens d'une famille d'agriculteurs donc tout ce qui est produits industriels... c'est pas notre truc »

M2 : « Brossage de dents, tout ce qui peut être maladie de peau (crème solaire et port de la casquette), alimentation et sommeil. »

M3 : « Je vous le dis j'utilise des trucs naturels. Pour les enfants ça sert beaucoup comme la verveine. Ça marche plus que les médicaments. En fait je vous dis directement un truc. Moi j'évite vraiment les médicaments [...] Nous dans ma famille franchement, on utilise surtout les plantes et c'est super efficace. On a toujours de l'huile d'olive pure et du miel pur à la maison. Mes parents le produisent. Tous les 3 mois je reçois des plantes fraîches. »

M4 : « Une bonne alimentation. Plus ou moins, car ils aiment les sodas, les crackers et toutes ces saloperies qui sont pas forcément géniales. Et après, des bonnes activités manuelles ou sportives. Et un bon cercle familial avec des parents qui ne se disputent pas ou très peu ou pas devant les enfants. »

M5 : « Et puis on le nourrit pas "classique", on lui donne un lait de riz maternisé. On se nourrit pas de viande nous, lui il en prend mais un petit peu [...] Alimentation, sommeil, jeu. »

P5 : « Après par exemple, car je le vois sur moi même, je pense que si mes enfants sont sportifs et mangent sain, je pensent qu'ils auront pas de problème derrière... Peut être que je me trompe mais... Et puis on est végétariens, on mange pas de viande... On mange du poisson et des œufs [...] quand tu vois maintenant que les gens à 50 ans ils ont un cancer... Pour moi tout ça c'est à cause du système, à cause de la nourriture, à cause des matières qu'ils mettent dans les habits, l'essence... Tout ce qu'il y a autour [...] Même un Doliprane® je vais pas le prendre... Je préfère à l'ancienne mettre un gant sur ma tête... Je pense que tout ce qui est médicaments et vaccins c'est... [ne termine pas] »

M7 : « Nous on est un petit peu plus alternatif / naturel [...] La nourriture, la bonne qualité de sommeil. On essaie de manger de la qualité. On mange peu de viande mais on essaie que ce soit de la bonne qualité. »

M8 : « Je prends très très peu de médicaments voire jamais parce que je me dis tant que c'est supportable je fais sans. Je préfère d'autres alternatives avec les plantes [...] L'alimentation déjà. J'essaie de faire au mieux. D'acheter des bons produits en évitant tous ce qui est soda... sans le priver non plus, ça reste un enfant. »

M11 : « C'est faire attention à l'hygiène de vie. Justement pour moi ça passe par pas trop médicaliser quand il y a un petit truc. C'est-à-dire que moi je suis une maman qui tant que les enfants gèrent bien la fièvre, je ne donne rien. Tant que c'est bien toléré, qu'ils sont pas apathiques, à pleurer... Après j'essaie de faire plus ou moins attention à l'alimentation et pas trop les bombarder de sucre, donner des légumes régulièrement. Nous on consomme pas de produits laitiers. Pour moi la bonne santé passe aussi par un allaitement long. Après, bien les couvrir quand ils vont dehors. J'utilise mon bon sens je crois. »

M12 : « Un sommeil suffisant déjà, dernièrement j'ai lu une étude où surtout avec les smartphones etc, on dort de moins en moins [...] Rembourser les soins de naturopathie... »

P12 : « Le corps humain sait faire la différence entre une molécule chimique et naturelle [...] je le vois dans mon cas la médecine traditionnelle... ça m'a pas amélioré [...] Y'a des moyens plus simples et plus sains de soigner et ça passe par une prévention »

- **La relation médecin – patients est essentielle pour les questions de vaccination et participe à l'hesitancy**
 - **Le paternalisme, une attitude encore problématique pour certains parents**

Le manque de souplesse, la contrainte et l'absence de décision au cas par cas sont des attitudes médicales qui ont été spontanément critiquées par certains interviewés. Les décisions ressenties comme imposées par certains professionnels sans information loyale et appropriée sont pointées du doigt et comme vu plus haut la problématique particulière de l'obligation vaccinale renforce cette **impression de paternalisme et d'omnipotence du système de santé**.

M1 : « Mon mari et moi on a l'impression d'être parent mais que l'on nous dicte ce qui est bon pour notre enfant alors qu'a priori si on a décidé d'être parents c'est qu'on est un minimum capable de s'occuper de nos enfants et de savoir ce qui est bon pour eux. [...] Ce que je n'aime pas c'est que l'on nous oblige à des choses sans nous demander notre avis ou nous exposer clairement les choses. [...] »

M3 : « C'est important d'avoir l'information de pourquoi on le fait. Ça donne envie de le faire. »

M4 : « Mais vaut mieux ne pas rendre obligatoire mais mieux expliquer aux gens, plutôt que de les forcer à faire les choses, surtout avec les français qui sont butés. Si vous avez réfléchi par rapport aux âges des enfants et que c'est le meilleur moment pour le faire vacciner c'est pas forcément des choses que l'on a expliqué. Les médecins c'est plutôt du genre "il faut vacciner dès tel âge"... tac tac tac. »

CHERCHEUR : « Concernant les différentes politiques de santé, trouvez vous être

suffisamment pris en compte ? »

M5 : « (rire) Non (rire) j'ai vraiment du mal à dire oui je suis désolée. »

M7 : « Pour les vaccins on a pas le choix en fait, on nous demande pas notre avis. »

M8 : « Ça reste quand même nos enfants mais en fait on a pas le choix. »

CHERCHEUR : « Avez vous cette discussion avec votre médecin traitant ou la puéricultrice ? »

M8 : « Ben non je suis le mouvement »

CHERCHEUR : « Donc on en vient à la notion de décision partagée ? Vous sentez vous impliquée dans les décisions de santé ? »

M8 : « Non, on impose. »

CHERCHEUR : « Que souhaiteriez vous que l'on fasse pour améliorer ça ? »

M8 : « Que ce soit pas obligé. "Y a ça ça ça de possible à faire" et après on choisit. »

M11 : « Ça dépend du médecin en fait. Ça dépend de la vision qu'il a de son métier, de ses patients ou pas, si il prend en compte l'individualité de chaque patient et de chaque famille. »

M12 : « Moi quand je vais chez le médecin j'attends pas qu'il me soigne, j'attends de savoir ce qu'il se passe d'avoir un diagnostic et d'être actrice de ma guérison, j'attends pas que tout tombe rôti, s'il y a des choses à changer dans mon mode de vie j'apprécie d'avoir un médecin qui met le doigt dessus surtout si moi je m'en rends pas compte... après voilà c'est responsabiliser les gens face à leur santé je trouve que c'est une excellente chose, je trouve que le fait d'infantiliser les gens ça donne jamais rien de bon au contraire. »

- **L'approche centrée sur le patient, une attitude appréciée par d'autres parents**

Certains parents ont souligné qu'ils appréciaient que leur médecin applique une **démarche moderne centrée sur le patient** dans le cadre d'une approche éducative et motivationnelle.

M1 : « Le Dr G est hyper transparent, il nous a forcé en rien et nous a vachement bien expliqué pour l'efficacité. »

M4 : « Il y a un bon dialogue avec la pédiatre [de la PMI] donc je pose des questions même pour les grands. [...] Notre médecin était très avancé pour certaines choses et très rébarbatif pour d'autres, mais il était au courant pour les médicaments. Mais après au moins il laissait les gens parler, il les écoutait et il expliquait. »

M7 : « Le Dr M. j'apprécie sa pédagogie. »

M9 : « J'ai décidé de continuer avec D. car c'était très bien et que ça se passait très bien avec M, qu'il a toujours su bien nous conseiller, qu'il a pris le temps quand il était bébé [...] On a quand même posé des questions parce qu'on s'inquiétait un peu et il nous a rassuré tout en nous disant que c'était un choix personnel, qu'il fallait pas se faire influencer par tout et n'importe quoi. Il nous a expliqué ce que c'était sans nous donner son opinion, sans nous dire faites le ou le faites pas. [...] Je fais confiance à mon médecin. »

M10 : « Ça va on m'écoute quand même. »

M11 : « J'écoute il m'explique pourquoi de son point de vue à lui de médecin il faut faire les vaccins. Je dis "très bien, moi je le ferai pas. Maintenant vous avez fait votre travail de médecin qui est de m'informer, de me conseiller le vaccin parce que effectivement il est conseillé mais voilà"... » « Moi j'ai de la chance pour le moment. Après je les ai choisis, mes médecins, je les subis pas. Du coup ils me connaissent, ils connaissent notre vie. Par contre j'ai l'impression qu'il a fallu quelque part prouver qu'on avait la tête sur les épaules, que on prenait pas ce genre de décisions sur la vaccination sur un coup de tête ou après avoir lu un article, parce que les copines le font... il a fallu à un moment donné discuter, poser les choses et prouver quelque part que l'on fait pas n'importe quoi et que c'est un véritable choix et pas juste je suis contre quelque chose. Moi les médecins que j'ai eu m'ont donné les informations et m'ont expliqué contrairement aux 2 premiers pédiatres que j'avais vu et qui sans m'expliquer ni rien m'ont dit "c'est comme ça il faut vacciner et si vous le faites pas vous êtes une mauvaise mère et vous mettez vos enfants en danger". »

M12 : « J'ai l'impression que les jeunes médecins sont beaucoup plus ouverts que ceux qui ont la cinquantaine... ça dépend de l'âge en fait... les jeunes prennent plus de distance. »

P12 : « C'est à dire que maintenant on leur a appris que la médecine c'est pas forcément un dogme avec réponse à tout... aujourd'hui on s'est rendu compte qu'il y avait des scandales donc c'est mitigé, donc ils ont quand même du recul. »

M12 : « Face à un jeune médecin, je sais pas si c'est le fait de débiter quelque chose mais on a pas l'impression d'être comme une enfant face à un adulte, les plus vieux médecins vous disent "moi je sais, c'est moi qui vais vous soigner et vous vous faites ce que je vous dis". »

◦ **D'autres aspects de la pratique médicale sont peu appréciés**

Plusieurs parents ont profité de cette prise de parole pour remettre en question l'attitude de certains professionnels à leur égard. Ce sont surtout les parents ayant exprimé des projets vaccinaux particuliers ou des hésitations plus marquées concernant le calendrier en vigueur.

M1 : « Je pense qu'ils voient des gens d'un milieu social difficile euh [la PMI]... mais elles ne savent pas faire la part des choses. J'ai eu l'impression d'être scrutée, jugée. Tout ce que je faisais n'était pas bien. [...] On venait pour ses premières vaccinations et on a eu droit à "vous êtes des incapables". J'en ai reparlé avec le Dr G car c'était juste pas possible. Soit disant nous ne nous rendions pas compte de la dangerosité de ne pas vacciner notre fille... je n'arrive plus à retrouver le mot mais en gros on ne devait pas avoir notre fille, c'était déraisonnable de pas l'avoir vaccinée et ça faisait de nous des parents indignes. Ça a été très compliqué. [...] Une fois que vous avez vu la puéricultrice vous voyez le médecin de PMI. Elle m'explique qu'elle va faire le DTP et qu'il y a 2 injections. Elle vous parle, elle est debout et vous êtes assise donc elle vous rabaisse... Et je me rends compte qu'elle a fait le DTP et le Prevenar[®] sauf que l'on était pas d'accord pour faire le Prevenar[®] et en aucun cas elle ne me l'a demandé. Deuxième rendez vous, deux mois après, pareil, elle me ré-enchaîne sur le même discours mais là j'ai dit stop. [...] PMI = zéro explication et zéro information. Il faut vacciner et point barre. »

M4 : « J'ai eu des soucis par rapport à notre situation. Elle [la pédiatre] nous a plus jugé qu'autre chose donc ça m'a pas plu. Pour moi c'est pas son métier, c'est pas une assistante sociale donc elle a pas à se mêler de certaines choses, comme la situation de famille, que moi je ne travaillais pas, qu'on était trop jeunes parce qu'on venais d'avoir 18 ans. [...] Elle nous a catalogués. [...] Et puis c'est vrai que quand on les fait vacciner en retard il y a le petit « hic » du médecin qui a tendance à dire "c'est pas bien". »

M5 : « On sent que ça bloque des fois quand même. Franchement c'est mon avis. Au niveau de la PMI ça bloque des fois beaucoup [...] Stigmatisés peut être pas mais incompris plutôt. »

CHERCHEUR : « Et concernant les décisions autour de la vaccination, comment ça c'est pas passé ? Votre opinion a-t-elle été sollicitée ? »

P6 : « Ah non... La PMI c'est le bon exemple... On vous dit quoi ? "Elle est en retard", ok, elle prend une feuille, "elle va avoir ces vaccins là là là là là, bon ben ce sera à cette date, cette date, cette date" et terminé c'est tout. Elle a pas demandé notre avis si oui ou si non... elle a demandé ton avis à toi ? (rire) »

M6 : « Non on était ensemble donc non »

P6 : « Elle a imposé le truc »

M6 : « Elle nous a pas réprimandés non plus mais elle a quand même dit il y a pas mal de retard donc faudra pas trop traîner pour pouvoir rattraper tout ce qu'il y a à faire.

P6 : « Après la PMI je trouve que c'est bien qu'ils s'occupent bien des enfants et tout ça mais ils imposent quand même leur ... Tu rentres dans le moule quoi... »

Globalement le manque de temps et de disponibilité ont pu être un problème pour certains parents.

M4 : « Les rendez-vous vont tellement vite [...] Il était débordé. Il avait pas le temps de s'étaler donc sur certaines choses je n'ai pas été forcément briefée [...] .Après s'il y avait des journées où les parents pouvaient venir avec les enfants à la rigueur... On pourrait parler de tout et même si la Sécu rembourse pas, je serais prête à payer pour une vraie consultation qui dure pas 1/4 d'heure où on parle pas juste de la petite toux.»

P6 : « On va un peu n'importe où... pas de médecin traitant pour l'instant... on a essayé d'en trouver un mais la plupart ils disent qu'ils ont assez de patients. »

M9 : « A la fin avec le Dr C ce qui était compliqué c'est qu'il avait plus le temps. »

Le pharmacien n'a pas été cité comme personne ressource pour la vaccination, sauf pour la maman n°4. Le papa n°6 et les mamans n°7, 9 et 11 l'ont cité comme intervenant surtout en « dépannage ».

CHERCHEUR : « Votre pharmacien a-t-il un rôle important ? »

M4 : « Oui parce qu'elle doit être informée des médicaments et des effets secondaires. Je vais aller lui demander des conseils. Elle m'avait bien expliqué pour les vaccins, "il y a pas pour le moment, faut pas chercher à l'expliquer", »

P6 : « Si il y a un problème qu'on peut pas régler tout seul.. par exemple pour le plus grand s'il fait que tousser je préfère aller à la pharmacie qui me donne un médicament que je lui donne, qu'aller chez le médecin pour qu'il me fasse une ordonnance pour qu'il me donne un médicament pour qu'en fin de compte ça fasse la même chose... »

M7 : « Sur les vaccins non mais je vais demander des conseils à mon pharmacien. »

M11 : « Si ça arrive mais pour des choses ponctuelles. Plutôt sur de l'automédication que sur des maladies. »

Peu de familles avait un suivi régulier avec le pédiatre hormis la famille n°2. Cependant plusieurs ont fait des tentatives infructueuses de suivi spécialisé.

CHERCHEUR : « Y a-t-il eu des visites avec un pédiatre ? »

M4 : « Pour le plus grand ça n'a pas duré longtemps parce que j'ai eu des soucis avec la pédiatre, c'est pas passé du tout [...] Le médecin est plus strict et plus fermé. Il nous dit y'a ça, y'a ça mais il déroge pas de ce qu'on lui dit. Il va pas chercher plus loin. »

M7 : « Non. Enfin si une fois [...] C'était une remplaçante et ça s'est pas bien passé. Elle était pas super à l'écoute, nous on est un petit peu plus alternatif, naturel et elle était très centrée sur le médical, donc c'est pas passé... voilà elle m'a un peu pris de haut. »

M9 : « J'ai testé un pédiatre. Ça s'était très très très mal passé. [...] C'est pas passé parce que je suis arrivée, une dame très froide et moi j'arrivais en maman, j'avais un petit bébé, je savais pas trop comment faire. Elle a pas trop pris le temps de m'écouter... les questions que j'avais. [...] Je pense qu'elle ne m'a pas du tout accompagnée. »

M11 : « La pédiatre était pas du tout capable d'entendre ma demande donc je me suis fait virer. On m'a traitée de mauvaise mère et j'ai dit ok. »

5. DISCUSSION

5.1. Choix du sujet

Bien qu'étant un thème de recherche exploré depuis longtemps aussi bien dans le domaine de l'infectiologie, de l'immunologie ou même de la médecine générale, la vaccination continue d'être un sujet d'actualité. Que ce soit du point de vue scientifique avec les multiples programmes visant à développer de nouvelles valences (paludisme, VIH etc...), du point de vue politique en galvanisant des enjeux à la fois économiques et sanitaires ou du point de vue sociologique avec la montée des mouvements anti-vaccins, elle mérite encore toute l'attention du chercheur et du médecin de premier recours.

En effet plusieurs problématiques persistent en France : une couverture vaccinale insuffisante pour certaines injections avec même une baisse récente pour l'HPV et la grippe saisonnière, des résurgences épidémiques et la montée du scepticisme voire de la défiance parmi le public ou même certains professionnels (56). Le sujet s'est finalement imposé lorsqu'en pratique courante lors des stages en cabinet de médecine générale libérale (praticien puis SASPAS), les pénuries en officine ont compliqué le parcours de soins des jeunes enfants et amené régulièrement à constater l'existence de grilles de vaccination incomplètes. La question plus spécifique des retards s'est donc posée.

En commençant les recherches bibliographiques, il est rapidement apparu que seules quelques équipes avaient auparavant approfondi le sujet par des travaux remontant parfois aux années 90. Beaucoup de ces recherches ont été menées aux États-Unis et dans des pays en voie de développement (Afrique principalement). Concernant les thèses réalisées sur notre territoire, une seule abordait le sujet en 2015 (3). Il s'agissait d'un travail de spécialité pédiatrique soutenu à Lille, de méthodologie quantitative qui interrogeait des pédiatres libéraux. L'existence de retards était une réalité et ses conséquences préjudiciables commençaient à émerger. L'étude des déterminants du retard vaccinal et plus spécifiquement parmi des patients suivis en médecine primaire paraissait donc inédite et pertinente.

Le choix d'une méthodologie qualitative a ensuite paru le meilleur. En effet, en dégagant par une méthode inductive des hypothèses visant à expliquer les raisons de l'existence de retards vaccinaux, nous pouvions espérer mettre en évidence des pistes de travail ultérieures. Deuxièmement, il semblait extrêmement intéressant de donner la parole aux parents afin de dépasser le positionnement du soignant et de bien comprendre la vision des patients. La densité des entretiens nous a confirmé leur intérêt pour le sujet.

Pour finir, il faut souligner que les décisions récentes de refonte des politiques vaccinales françaises avec en dernier lieu le changement majeur que constitue la généralisation de l'obligation vaccinale jusqu'à deux ans, en fait un sujet de premier plan pour la médecine générale de demain.

5.2. Limites et forces de l'étude

- **Forces**

La méthodologie choisie a été respectée. La triangulation des données a permis de dégager les points clés et de balayer un maximum de thématiques et l'utilisation d'un logiciel de

codage nous a permis d'être plus systématique dans l'analyse. Les entretiens semi-dirigés et ouverts ont dans l'ensemble été riches, permettant aux parents de suivre le cours de leurs pensées, comme en témoignent la durée moyenne d'interview et le nombre de thématiques dégagées. Ils ont été réalisés au domicile des participants ce qui a probablement aidé à les mettre plus à l'aise et à libérer la parole sur un sujet parfois sensible, sans que le statut de médecin de l'interlocuteur soit trop évident.

La réalisation de focus groups aurait peut être permis un plus large débat et des rebondissements intéressants mais compte tenu du caractère parfois subversif du sujet et des stigmatisations courantes de certaines prises de position sur la vaccination, les parents n'auraient pas forcément été au bout de leurs opinions. De plus, il s'agit d'une méthodologie complexe qui nécessite la présence d'un tiers, ce qui aurait posé des problèmes de mise en œuvre concrète.

Bien qu'ayant mentionné au préalable le titre de l'étude aux participants, aucune précision sur les différents thèmes ou sur le contenu du guide d'entretien n'avait été dévoilée par avance pour éviter au maximum le biais de connaissance. Il n'a d'ailleurs pas été ressenti lors des interviews.

- **Limites**

Bien que le choix de la méthode qualitative soit très adapté à l'analyse de comportements humains face à une problématique de santé, ce travail a potentiellement quelques limites. Certains biais doivent donc être analysés :

- Biais de sélection,

La représentativité de l'échantillon interrogé n'est pas une condition de l'analyse qualitative, les résultats ne sont pas nécessairement généralisables à l'ensemble de la population cible de l'analyse, d'autant que le recrutement s'est fait sur un territoire restreint. Des profils variés ont cependant été recherchés permettant d'obtenir une certaine diversité de milieu et les lieux de recrutement couvraient différents territoires urbains, semi-ruraux et ruraux. Les foyers monoparentaux étaient néanmoins peu représentés et du fait du mode de recrutement les familles étaient suivies par des généralistes libéraux ou de PMI plutôt que par un pédiatre. De plus du fait de ce mode de recrutement, les familles sans aucun suivi ne pouvaient faire partie de notre échantillon.

- Biais de déclaration et de désirabilité

L'analyse s'est appuyée sur les réponses spontanées des participants, ce qui ne peut exclure que certains n'aient pas exposé l'ensemble de leur point de vue (peur du jugement, réserve...). Le guide d'entretien a cependant été réfléchi afin d'aborder un maximum d'aspects de la question vaccinale et des relances régulières et bienveillantes du chercheur lors des entretiens ont encouragé les participants à aller librement au bout de leur propos.

- Biais d'investigation

Il est extrêmement compliqué de laisser de côté le système de pensée déductif fermement inculqué tout au long des études médicales. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'un premier travail qualitatif. Les entretiens ont cependant été menés de façon à lisser au maximum ce biais, en faisant notamment très attention à la formulation des questions. Elles ont au maximum été

construites de façon neutres et ouvertes, mais il est possible que certaines tournures de phrases, énoncées de façon spontanée au fil de l'échange, aient pu orienter les réponses vers les éléments qu'instinctivement nous « suspicions ». C'est le cas notamment quand une question a dû être reformulée car l'interlocuteur ne l'a pas comprise, en utilisant des exemples concrets pour illustrer le propos ou des doubles négations. La qualité de l'échange a probablement été meilleure pour les derniers entretiens, la maîtrise du guide d'entretien permettant d'être moins dirigiste.

- Biais d'analyse,

Comme le biais de désirabilité, l'analyse a pu être influencée par un chercheur principal débutant, médecin et donc ayant sa propre opinion de professionnel sur la vaccination. Il a cependant été atténué par la triangulation des données.

Pour conclure, certains biais étaient attendus compte tenu du type d'étude choisie. Ils ont été contrôlés au maximum, permettant nous semble-t-il une interprétation des résultats et une discussion solides. A posteriori, la méthode choisie serait ré-utilisée.

5.3. Discussion des résultats

La vaccination est un thème éminemment d'actualité, concernant une problématique de santé publique qui reprend de plus en plus de place dans le paysage de la médecine de soins primaires. Le débat a été ré-ouvert ces dernières années du fait de la réapparition de cas graves voire mortels de maladies à prévention vaccinale, du recul de l'échéance d'éradication de la poliomyélite et de la remise en question croissante de la balance bénéfique / risque des vaccins. Dans un contexte de couverture vaccinale qui peine à se maintenir, des politiques de santé actives ont de nouveau été mises en place. La question de l'innocuité et de la sécurité vaccinale, bien qu'ancienne, est au centre des discussions et préoccupations. Le sujet est régulièrement abordé en consultation courante ainsi que dans les médias au-delà de la presse spécialisée.

Lors de la réalisation de cette étude, il a été rapidement mis en évidence qu'il s'agissait pour les parents de jeunes enfants d'un thème entraînant des questionnements très divers, allant de problématiques directement liées à la vaccination à des enjeux plus larges notamment concernant les représentations du système de santé et les relations médecins-patients. Ceci a bien été traduit par l'évolution rapide du guide d'entretien. En effet la méthodologie qualitative permettant de suivre le fil des déclarations des personnes interviewées, il est normal et même enrichissant de voir « bifurquer » l'analyse de son objectif de départ. Ainsi même si la notion de retard vaccinal est restée au cœur des entretiens, de nombreux sujets « parallèles » ont d'emblée été spontanément abordés par les parents amenant à les évoquer lors des échanges suivants.

L'objectif principal était de soulever des hypothèses concernant les raisons des retards vaccinaux avancés par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis par des médecins de 1er recours en Gironde. Explorer ensuite ces hypothèses permettrait de mener des actions de prévention ciblées, d'identifier les familles à risque et de les sensibiliser très tôt aux enjeux du respect des âges vaccinaux voire de la non vaccination.

Par ailleurs, il est nécessaire pour bien comprendre ce travail, de recontextualiser sa réalisation. Au moment de lancer ce projet de thèse il y a presque 2 ans, l'extension de l'obligation vaccinale avait déjà été envisagée mais restait hautement improbable. Puis, hasard du calendrier, il se trouve que le début des entretiens a coïncidé avec l'annonce de la nouvelle ministre de la santé du projet d'extension de l'obligation vaccinale. Cela a sans aucun doute eu un impact sur le

contenu des entretiens et probablement alimenté la réflexion des parents.

5.3.a. Des raisons de retards simples, d'autres plus complexes

Les parents interrogés sur les raisons des retards vaccinaux ont exprimé 5 grandes raisons expliquant l'existence de retards dans l'exécution des vaccinations de leurs enfants :

- un manque de priorisation et d'intérêt représenté par des oublis et une procrastination,
- des pénuries et tensions d'approvisionnement en pharmacie d'officine,
- l'impossibilité d'avancer les frais de santé en absence de couverture sociale,
- la survenue d'événements intercurrents ayant poussé à reporter les rendez-vous médicaux,
- et surtout l'hésitation vaccinale.

L'existence d'oublis fréquents soulève dans un premier temps la question de l'importance accordée à la vaccination par les parents et de sa prévention par le vaccinateur. On l'a constaté lors des entretiens, la seule notification des dates ultérieures de vaccination dans les tableaux du carnet de santé ne suffisait pas car il n'était pas toujours consulté. De plus, le calendrier vaccinal qui y est présenté étant encore celui de 2005, il paraît difficile pour les parents de se servir de cet outil. Deuxièmement, il semble important de simplifier le parcours de soins. Les difficultés organisationnelles ont été évoquées surtout lorsqu'il s'agissait de familles nombreuses. Hormis en PMI, réaliser un vaccin nécessite un premier passage au cabinet pour la rédaction de l'ordonnance, une visite à la pharmacie pour la délivrance du produit et une nouvelle consultation chez le médecin pour son administration. On comprend aisément que quand on a plusieurs enfants en bas âge toutes ces étapes demandent de l'organisation et prennent du temps. Troisièmement, la prévention de la douleur ainsi que la création d'un climat serein permettraient d'encourager certains parents réticents à l'idée de faire subir un geste douloureux et invasif à leur enfant.

La seconde raison évoquée était l'existence de pénuries concernant les formulations contenant la valence coqueluche. Le fait que cela ait poussé certaines familles à repousser des injections est préoccupant. D'une part l'image que renvoie notre système de santé a pu être écornée, car se pose la question de sa capacité à assurer une continuité de soins et un respect de la liberté de choix des valences alors que l'obligation vaccinale généralisée n'était pas encore d'actualité. Parallèlement, la défiance du public envers les industries pharmaceutiques s'est renforcée. Les parents ne semblaient pas avoir compris les raisons de ces pénuries ou en avoir été correctement informés, interprétant les tensions d'approvisionnement comme une manœuvre poussant à la consommation. Plusieurs m'ont d'ailleurs interrogée sur le sujet après l'entretien. Il faudrait donc repenser notre façon de communiquer en cas de crise sanitaire, que ce soit de façon individuelle en consultation ou plus largement à l'échelle du grand public. La controverse récente à propos du Levothyrox® en est un autre exemple. D'autre part, les raisons pour lesquelles certains parents ne souhaitent pas faire toutes les valences recommandées doivent être explorées. Derrière le refus des injections hexavalentes se cachait souvent un refus plus ciblé de la valence hépatite B. On se rend donc compte que même des années après la polémique concernant un potentiel lien avec le développement ultérieur d'une sclérose en plaques, et ce alors même qu'aucune preuve scientifique n'a été fournie, la confiance n'est toujours pas rétablie pour une partie de la population.

Le coût des injections était le troisième motif de retard. Il concernait une seule famille qui se trouvait dans une situation particulière et temporaire, sans assurance complémentaire. Ce montant

peut effectivement être à avancer si le patient ne possède pas de mutuelle. Certaines structures publiques dispensent néanmoins gratuitement les vaccins : PMI, centres de vaccination départementaux et communaux, hôpitaux, quelques associations ou services de médecine universitaire. Il existe toutefois une certaine hétérogénéité territoriale, sachant qu'au total le système libéral assure environ 85% de la vaccination des français (57). Des solutions existent donc mais ne semblaient pas toujours connues de la population interviewée. Cela laisse penser qu'en parallèle de la promotion de la vaccination, un rappel des structures la réalisant pourrait être judicieux .

De façon assez logique, l'existence d'événements intercurrents retardant la vaccination a ensuite été mentionnée comme cause de retard. On peut facilement imaginer qu'un problème familial ou professionnel puisse amener à ajourner une consultation déjà prévue. Ce motif n'a cependant été évoqué que par une seule famille. De plus, étonnamment, le report d'une injection pour cause de maladie annexe n'a été cité qu'une seule fois contrairement à ce que pourrait laisser suspecter la pratique courante où il est fréquent qu'un médecin repousse une vaccination notamment en cas de fièvre. Cela pourrait peut être s'expliquer par un recueil de données réalisé en période estivale où les enfants sont moins régulièrement enrhumés ou grippés. Néanmoins, même si cette pratique ne ressort pas vraiment dans les entretiens, on peut tout de même s'interroger sur son bien fondé. Les bénéfices d'une immunité créée en temps et en heure sont-ils inférieurs au risque d'effets indésirables d'une vaccination faite en période d'infections intercurrentes ?

Parallèlement, plusieurs familles ont évoqué un manque de suivi régulier et le recours à différents praticiens, avec des consultations surtout motivées par des motifs précis, dans des situations qu'elles ne savaient pas gérer elles-même ou conjointement avec le pharmacien. Bien que cette absence de continuité dans les visites de la très petite enfance n'ai pas été pointée du doigt de façon directe comme cause de retard, il faut cependant se demander si elle n'est pas source d'occasions manquées de vacciner. Les consultations sont plus rares et donc consacrées à toutes les autres questions (plaintes fonctionnelles, alimentation, sommeil, développement etc...).

Pour finir, les changements du calendrier vaccinal en 2013 n'ont pas été directement mentionnés comme cause de retard. Initialement, le but de la simplification était de rendre plus accessible et plus mémorisable le calendrier vaccinal. Les parents interrogés expliquaient pour la plupart ne pas le connaître du tout. Il paraissait, dans ces conditions, peu probable de se souvenir des échéances de vaccination des enfants. Cependant, on peut penser que les conséquences de ces modifications ont été en premier lieu gérées par les professionnels de santé qui ont appliqué les recommandations de rattrapage et ont donc vacciné les enfants selon les nouvelles recommandations.

5.3.b. Une physiopathologie et une épidémiologie pas toujours bien appréhendées

La vaccination est une intervention en santé connue et largement ancrée dans le suivi de routine des nourrissons et jeunes enfants. Toutefois, il a pu être mis en évidence au long des entretiens que les visions de l'épidémiologie et de l'immunité décrites par les parents n'étaient pas toujours en adéquation avec les réalités cliniques et scientifiques. Il existait certaines idées reçues pouvant être source de confusion et de méfiance vis à vis des vaccins.

L'idée que la construction d'un système immunitaire performant passerait par un

apprentissage naturel et une exposition aux éléments extérieurs a été fréquemment évoquée. Pour certains parents, le système immunitaire était naturellement apte à se défendre par lui-même de façon indifférenciée pour toutes les pathologies. Ils ne faisaient pas toujours la distinction entre un simple virus saisonnier et une maladie potentiellement plus sévère ciblée par la vaccination. Dans ce contexte, l'aspect « artificiel » et la stimulation possiblement trop puissante engendrée par les vaccins étaient redoutés. La peur d'une « surcharge » de l'organisme a régulièrement été évoquée. Les appréhensions concernaient à la fois le nombre de valences pouvant être réunies en une seule combinaison mais également la répétition des injections au fil du temps. La disproportion entre le programme de vaccination et le très jeune âge des enfants était aussi source de préoccupations. Or, les âges vaccinaux sont réfléchis afin de fournir le plus tôt possible dans la vie une immunité de la meilleure qualité possible, dans des conditions de sécurité optimale. Certains parents convenaient que cela était élaboré pour le bien de l'enfant mais pour une majorité d'autres les craintes de « réactions » préjudiciables dépassaient clairement les bénéfices perçus. Au lieu d'envisager le vaccin comme le catalyseur d'une immunité naissante, il était ressenti comme une agression pour l'organisme encore fragile et immature. D'autres représentations erronées ont également été exprimées comme, par exemple, la possibilité d'une diminution d'efficacité des vaccins par leur sur-utilisation.

Au delà du fonctionnement même de la vaccination, les interviewés ont été interrogés sur leur perception du timing. Le manque de ponctualité et l'existence de retards étaient plutôt banalisés. Les parents jugeant « avoir le temps ». A priori aucun professionnel de santé n'avait mis en garde leurs patients contre le risque de ne pas terminer le schéma vaccinal à force de report. Une famille expliquait même que la puéricultrice de la PMI les avait rassurés sur l'absence d'urgence. Au delà donc de la perception des parents, il semble que la question du timing ne soit également pas toujours au cœur des préoccupations des professionnels qui visent davantage une couverture vaccinale optimale aux alentours des 2 ans qu'une réelle exécution aux âges appropriés. Or, nous savons que ces retards ne sont pas anodins. Malgré une couverture vaccinale pas encore tout à fait dans les objectifs mais tout de même élevée, il reste une morbi-mortalité non négligeable liée à certaines valences comme le montrent par exemple Levy et al. dans leur analyse des méningites à pneumocoque sur le territoire français avant et après introduction de la vaccination (58). Cette constatation est également vraie entre autres pour la coqueluche ou le méningocoque (23). Une partie de cette problématique peut être expliquée par le non respect des âges appropriés de vaccination. Comme décrit en première partie, les retards ont deux conséquences majeures impliquant *in fine* une majoration du risque de reprise épidémique (18) :

- l'augmentation de la période de vulnérabilité aux MPV à un moment de la vie où les opportunités de transmission sont maximales (collectivités : crèche, école...) et les risques de séquelles plus grands,
- l'augmentation du risque de ne pas terminer son immunisation.

Pour illustrer ce phénomène, Dombkowski et al. ont notamment réalisé des simulations concluant à l'augmentation de 40% des cas de coqueluche en 1 an en cas de retard de 6 mois dans l'administration du vaccin (12). Plusieurs autres études analysant certaines poussées épidémiques vont également dans ce sens. Dans le prolongement, il a par ailleurs été démontré que les opportunités manquées de vacciner, notamment lors des consultations réalisées pour une problématique aiguë, étaient la première cause de sous immunisation (18).

S'est finalement évidemment posée la question de la perception des patients concernant les maladies dont la vaccination protège. Il semble logique que cette vision influence les décisions

prises autour des vaccins et renforce ou non le sentiment de nécessité d'une protection efficace. Premièrement, les pathologies concernées par la vaccination semblaient mal identifiées. Aucun parent n'a pu toutes les citer, évoquant parfois des maladies contre lesquelles il n'existe pas de vaccins, comme la peste par exemple. Deuxièmement, seul environ un tiers des parents envisageait encore ces MPV comme une menace plausible avec un risque éventuel de poussée épidémique. Pour les autres, ces maladies semblaient anecdotiques, presque disparues aujourd'hui, grâce notamment à notre mode de vie. Ainsi, pour ces parents, les enfants avaient peu de chance d'y être exposés et en cas de contact les conséquences étaient considérées comme bénignes, gérables et traitables. La notion de prévention ne semblait pas une nécessité. Victime de son succès en ayant fait drastiquement diminuer la pression exercée par les MPV, la vaccination a probablement masqué les conséquences graves que contracter ces maladies provoquerait et surtout la possibilité, même en France, de résurgences clairement évitables. Elle n'est plus perçue comme un impératif mais une précaution, qui peu donc être négligée. On le voit d'ailleurs actuellement avec la multiplication des cas de rougeole en Gironde.

Pour résumer, la pharmacodynamie de la vaccination et la physiopathologie des MPV étaient globalement mal connues des parents interrogés et devraient donc peut être faire davantage l'objet d'explications afin de potentialiser l'adhésion du public et l'aider à dépasser certaines idées reçues.

5.3.c. L'hésitation vaccinale, un phénomène central

Comme n'importe quel traitement, il est parfaitement légitime que les patients, les parents, se posent des questions concernant le bien fondé et l'innocuité de la vaccination, mais plus particulièrement en France, le débat ces dernières années s'est durci. Que ce soit de simples interrogations sur leur utilité ou des inquiétudes plus marquées concernant de possibles effets indésirables, les interviewés ont égrainé tout le long des entretiens des éléments se rapportant à l'hésitancy.

- ***La balance bénéfices risques***

C'est tout d'abord la balance bénéfice / risque qui, pour une part croissante de la population s'est progressivement inversée. Lors de ces entretiens, nombre de parents en ont témoigné. Même chez ceux ayant un discours positif concernant la vaccination, on a pu retrouver des hésitations.

D'un coté les bénéfices, c'est à dire l'utilité et l'efficacité même des vaccins, ont pu être questionnés. En majorité, les interviewés convenaient de l'existence d'un intérêt collectif mais l'intérêt individuel de l'enfant semblait rester leur priorité, l'argument altruiste n'étant pas toujours suffisant pour surpasser l'impression d'une vaccination facultative ou avec peu de bénéfice. La modification de la perception du public de la physiopathologie des MPV et la mauvaise compréhension du fonctionnement de la vaccination (éléments développés plus haut) pourraient expliquer également une partie de la perte d'intérêt, pour une vaccination victime de son efficacité.

D'un autre côté les risques et inconvénients ont été largement évoqués comme en témoigne le volume de verbatim qui y est consacré. La iatrogénie était un premier élément de préoccupations. Il semblait que pour un certain nombre de parents, l'acte de vaccination ne se fasse pas en toute confiance mais avec la crainte de la survenue d'effets indésirables. Le risque vaccinal était perçu comme immédiat et patent alors que les bénéfices apparaissaient incertains et

plus lointains, et donc insuffisants pour contre balancer les inquiétudes. Un des couples interviewé illustre bien cette problématique. Il convenait que le risque d'effets indésirables suite à une vaccination était faible mais à leurs yeux « non négligeable » et condamnable, alors que comparativement les cas réurgents de MPV, notamment de rougeole, étaient perçus comme anecdotiques, inévitables et bien acceptés. Les craintes se concentraient également sur la composition des produits vaccinaux. L'idée d'introduire un élément étranger issu d'un agent infectieux suscitait la défiance. Comme pour n'importe quel produit de consommation, l'utilisation de constituants potentiellement néfastes était crainte, au premier rang desquels les adjuvants, montrant ainsi qu'une partie du public n'a peut être pas confiance en le système de pharmacovigilance.

- ***Une ambiance défavorable à la vaccination***

Plus largement, si on recontextualise et que l'on s'attache à l'environnement dans lequel évoluent les patients d'aujourd'hui, plusieurs points sont à souligner.

Premièrement, chacun des interviewés a, à un moment ou l'autre, mis en avant un climat de perte de confiance, allant de simples doutes à une méfiance plus profonde, que ce soit envers les laboratoires pharmaceutiques, les pouvoirs publics, voire les soignants eux-même. La perte de crédit des industries, structures privées et donc à but lucratif, est ancienne mais la défiance exprimée envers les autorités de santé s'accroît et se surajoute, alimentée par certains scandales sanitaires voir même agro-alimentaires. Au long des entretiens, les conflits d'intérêt, l'opacité des décisions de santé et surtout la priorisation du profit étaient ressentis comme étant la nouvelle norme. Malgré l'absence de démonstration par des travaux scientifiques de qualité de la réalité de certains risques suspectés, le scepticisme et le sentiment de manipulation perdurent. Dans une société attachée au principe de précaution, un effort de transparence et de pédagogie semble donc indispensable, une harmonisation des pratiques et une plus grande clarté dans le discours scientifique nécessaires. A titre d'exemple, le lien potentiel entre vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques ou les doutes entourant l'utilité et l'innocuité de la vaccination contre la grippe saisonnière ont été mentionnés spontanément par les parents. Or, l'absence d'uniformité à l'échelle européenne dans la façon de gérer la dernière pandémie grippale avec une attitude beaucoup plus pro-active de la France, le versement d'indemnités par décision de justice française ou européenne à certains patients présentant une sclérose en plaques ou la suspension des campagnes de vaccination des adolescents contre l'hépatite B en 1998, et ce même en l'absence de preuve scientifique, ont été sources de confusion. Par conséquent au delà même de la problématique vaccinale, la valeur de la parole publique va devoir être restaurée si on veut qu'elle se fasse entendre et surtout comprendre.

Dans le prolongement, l'obligation vaccinale a également été au cœur des discussions. De façon générale, ces entretiens ont permis de confirmer que la cohabitation de valences obligatoires et recommandées, de plus associées dans des injections combinées, était source de confusion. Les valences obligatoires étaient synonymes pour les uns d'un plus grand intérêt médical, ce qui on le sait n'est pas une réalité biomédicale, et pour d'autres synonymes de contrainte lobbyiste. Interrogés sur l'extension prochaine de l'obligation à l'ensemble des valences jusque là recommandées pour la petite enfance, la plupart des parents ont répondu par l'incompréhension voire la révolte. L'objectif de santé publique, l'obtention d'une meilleure couverture vaccinale pour certaines MPV, était à leur yeux visiblement insuffisant pour justifier la mesure. Ils y voyaient une résolution financière prise au profit des laboratoires, une atteinte à leur liberté individuelle et une remise en question de leur rôle de parents, ne se sentant pas

suffisamment impliqués. Trois familles semblaient dans tous les cas avoir réfléchi à la question évoquant deux arguments législatifs qui selon eux prévaudraient : la loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et l'obligation à partir de 6 ans de fournir une instruction aux enfants. On peut en tout cas s'interroger sur le fait qu'il est peut être plus probable de trouver des parents défavorables à l'obligation parmi ceux présentant des hésitations.

Deuxièmement, il convient de prendre en considération la transformation opérée ces dernières années dans les modes d'information et de communication entre médecins et patients. On ne peut ignorer qu'aujourd'hui, et ce grâce principalement à Internet, les patients vont de plus en plus chercher par eux-mêmes les réponses à leurs interrogations en santé. D'un côté cela participe à leur autonomisation, permettant dans une démarche de soins de plus en plus dirigée vers la décision partagée, de mieux s'impliquer. D'un autre côté, cela complexifie les messages. Il reste un enjeu majeur qui est celui de promouvoir les informations de qualité basées sur les preuves. Les données circulent vite, en quantité astronomique et il est parfois difficile de faire le tri. « Googleliser » les questions de santé devient un réflexe pour beaucoup de patients. Rapide et accessible, cela peut être cependant facilement anxiogène. Les controverses sont prioritairement relayées dans les médias et souvent pourvues d'une grande charge émotionnelle propre à marquer les esprits. L'analyse de ce travail a pu mettre en avant que les parents tentaient de porter un regard critique sur les informations qu'ils recevaient, notamment sur Internet qui reste malgré tout une des premières ressources. Bien qu'une majorité ait cité le médecin traitant comme référence en santé, certains parents avouaient ne pas se sentir correctement informés que ce soit de façon collective ou individuelle, ne pas toujours faire confiance aux autorités de santé et être préoccupés par certaines polémiques.

- ***La relation médecin – patient reste à travailler***

Le modèle relationnel médecin-patient a, au cours des dernières décennies, évolué d'un système paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et biopsychosocial. L'approche centrée sur le patient (ACP) remplace progressivement l'approche centrée sur la maladie. Ces évolutions sont inscrites dans la loi du 4 mars 2002, qui réhabilite la place de l'individu dans le processus de soins. L'objectif de l'ACP est de trouver une compréhension commune sur le problème de santé, d'élaborer des solutions aboutissant à une décision partagée et de promouvoir la santé et la prévention en développant l'éducation thérapeutique. La posture de facilitateur du médecin implique un transfert de savoirs et de pouvoirs qui donnent au patient la possibilité de modifier des comportements en le responsabilisant (53).

Dans le domaine particulier de la vaccinologie, prendre en compte la relation médecin-patient est un paramètre essentiel. Même si la qualité de la relation médecin-parent n'a pas directement été mise en avant comme cause spécifique de retard à la vaccination, elle a quasiment systématiquement fait l'objet de remarques positives ou négatives de la part des parents, témoignant de son importance. La vaccination est un sujet parfois sensible comme en ont témoigné certains des médecins de premier recours ayant participé au recrutement des parents pour ce travail. En effet, à plusieurs reprises, ils m'ont signalé avoir essuyé des refus de la part de parents ayant déjà eu une mauvaise expérience avec d'autres soignants concernant la vaccination. Plusieurs parents parmi ceux ayant exprimé des « projets vaccinaux particuliers » lors des entretiens, ont exprimé l'existence d'incompréhensions voir d'échanges difficiles avec certains professionnels rencontrés. Les attitudes dirigistes et le jugement étaient les deux reproches principaux. Le manque de décision individualisée était également source de circonspection. Il apparaît donc important, pour le respect du calendrier vaccinal, d'encourager l'adhésion aux soins.

Cela devrait passer par l'instauration d'un rapport de confiance avec les vaccinateurs qui se doivent d'adopter une écoute active et une démarche éducative (52). Les généralistes ont évidemment ici un rôle clé. Ils peuvent s'appuyer sur la relation pré-établie et ainsi peut être plus facilement obtenir l'adhésion des parents. Pour terminer, ce travail a pu également montrer, qu'un autre objectif devrait être, au delà de l'obtention d'un calendrier vaccinal à jour, la réalisation d'injections à âge approprié. En cas de doute chez les parents, cela doit s'anticiper afin d'accorder du temps aux explications et de ne pas mettre les patients au pied du mur quand arrive le moment prévu pour le vaccin.

- ***Les convictions et expériences personnelles fondent aussi les décisions autour de la vaccination***

L'hésitation trouve également sa source dans l'évolution des modes de vie actuels et les expériences et convictions personnelles des patients.

De façon majoritaire les parents interviewés, dans ce contexte de retard vaccinal, se sont exprimés en faveur de « méthodes naturelles » comme garantes d'une bonne hygiène de vie. Il est intéressant de constater que pratiquement tous ont évoqué préférer les médecines douces ou alternatives en privilégiant « les plantes » afin de prendre le moins de médicaments possible et que quasiment la moitié déclarait préférer une alimentation plutôt végétarienne ou tout du moins biologique. Sauf quelques exceptions, l'allaitement maternel était plébiscité et trois familles privilégiaient le lait de riz au lait infantile ordinaire. Ces choix s'inscrivent dans les tendances actuelles valorisant les démarches éthiques, bio et naturelles. Bien que la valorisation d'une hygiène de vie saine soit une démarche positive en terme de promotion de la santé, la progression de pratiques plus extrêmes dans le rejet complet de la médecine moderne peut renforcer l'abandon de la vaccination pour certains patients qui préféreront des alternatives qui dans le domaine de l'immunologie seront moins efficaces. Parmi les parents interrogés, les plus hésitants paraissaient être les plus attachés à ces médecines alternatives ou complémentaires. Il s'agissait néanmoins de parents pour qui affirmait que le bien être de leur enfant était une priorité et donc pour qui les doutes concernant la vaccination leur imposaient la prudence. Il faut donc savoir entendre ces préoccupations et fournir les arguments nécessaires pour les rassurer.

Il était également intéressant de se demander dans quelle mesure l'entourage ou les événements de vie antérieurs avaient pu influencer la vision des vaccins. La vaccination n'apparaissait pas comme un sujet prioritaire de discussion concernant la santé des enfants, mais a cependant pour une majorité de parents, fait l'objet de conversations avec la famille ou les proches. Leurs opinions ne semblaient néanmoins pas toujours déterminantes. De plus les parents qui ont abordé le sujet de leur propre vaccination étaient souvent ceux qui avaient été le moins vaccinés pendant l'enfance. Une génération après, les visions étaient mitigées certains ayant gardé une attitude peu pro-active et d'autres ayant fait vacciner leurs propres enfants de façon plus assidue, prouvant l'adhésion peut être obtenue par une bonne information. Pour finir la confrontation à des MPV semblait anecdotique, les rendant probablement encore moins réelles.

6. OUVERTURES et PERSPECTIVES

La réalité du retard vaccinal n'est plus à démontrer mais hormis un seul travail de thèse (3), aucune étude n'a, à notre connaissance, permis de bien le quantifier et le caractériser spécifiquement en France. Il faut souligner que monitorer la réalisation des vaccins à âge approprié a des implications méthodologiques épineuses car cela nécessite de pouvoir accéder aux dates d'exécution des injections (10). Malgré tout l'OMS recommande désormais l'inclusion de l'indicateur « vaccination à âge approprié » pour l'évaluation de la qualité des politiques d'immunisation (59). De plus, malgré un volume d'études assez conséquent permettant de quantifier les retards vaccinaux, injection par injection, dans une population donnée ou d'en déterminer certains facteurs associés, la définition du délai signifiant un retard n'est pas vraiment claire et les études pour la définir rares (17, 23).

Quelques exemples parmi les équipes ayant travaillé régulièrement sur l'analyse des retards vaccinaux permettent un certain état des lieux. Luman et al. se sont intéressés aux enfants de moins de 24 mois. Parmi leur large échantillon seulement 26% des patients avaient été vaccinés à âge opportun pour toutes les valences avec une moyenne de retard de 232 jours (soit presque 8 mois). Les délais courts étaient peu nombreux tandis que les délais longs étaient très représentés. Le groupe le plus fourni (22% des enfants avec au moins 1 retard) avait un ajournement compris entre 7 et 12 mois. Dans plus de la moitié des cas les retards concernaient plus de 2 injections (15). Parmi les autres exemples significatifs, Dombkowski et al. (12) ont étudié de façon rétrospective les calendriers vaccinaux d'enfants entre 2 et 6 ans en se préoccupant en particulier des dates d'administration des vaccins pour le diphtérie-tétanos-coqueluche et le ROR. Leurs résultats ont montré que 80% des enfants étaient à jour de leurs vaccinations mais que seulement 33% ne présentaient pas de retard. Le délai moyen de retard était de 9,5 mois.

Pour aller plus loin et recontextualiser ce travail, il convient donc de s'intéresser à certains autres aspects du retard vaccinal étudiés de part le monde, aux réflexions mis en œuvre plus particulièrement en France et aux actions à mettre en application pour limiter son impact,

6.1. La vaccination au delà de nos frontières

6.1.a. Le calendrier vaccinal de nos voisins européens

L'ECDC (European Centre of Disease Control) a mis en place un outil en ligne très intéressant permettant de comparer les calendriers vaccinaux des différents pays de l'Union Européenne (60). Dans un contexte actuel de transformation de notre politique vaccinale, il semble pertinent de se demander où se situent les convergences mais surtout les différences avec nos voisins.

On remarque globalement que nombreux sont les pays proposant davantage de valences que la France dans leurs recommandations en population générale comme le BCG, le rotavirus, la varicelle, la grippe saisonnière dès l'enfance ou le méningocoque B. Régulièrement, et notamment pour les rappels, sont proposées des tranches d'âge plus larges que celles pratiquées en France pour réaliser les injections.

On retrouve également 10 pays au sein desquels une obligation vaccinale s'applique : Belgique, Bulgarie, Croatie, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, République Tchèque, Slovaquie et Slovénie. Dans la majorité des cas, les valences obligatoires sont nombreuses, concernant la plupart du temps l'ensemble de la vaccination de la petite enfance (primo vaccination puis rappels

des combinaisons hexavalentes, ROR et pneumocoque) et même parfois les rappels DTP +/- coqueluche jusqu'à l'âge adulte. Le nombre de valences obligatoires est même étendu au BCG, au rotavirus ou à la varicelle chez quatre de nos voisins. Seule la Belgique pratique une obligation réduite à la primo vaccination et au 1er rappel contre la poliomyélite.

On constate donc de façon surprenante que la politique vaccinale française n'est pas la plus contraignante, comportant souvent moins de valences en routine et présentant encore un nombre d'injections obligatoires inférieur aux autres pays ayant fait le choix de l'obligation. Des différences plutôt significatives existent donc entre les pratiques vaccinales européennes. La question de leur fondement se pose dans la mesure où le contexte épidémiologique n'est pas si divergent et qu'il existe une autorité européenne statuant entre autre sur les autorisations de mise sur le marché et la pharmacovigilance. Une des explications pourrait être l'existence de modèles de santé davantage tournés vers la prévention, permettant de mieux intégrer et de façon plus consentie la vaccination. A titre d'illustration, le travail très récent de Larson et al. (61) visant à examiner dans le monde la variation des attitudes vaccinales était assez révélateur de l'état d'esprit de notre pays. Ils ont clairement montré que l'Europe, et tout particulièrement la France, rapportait le plus haut taux d'opinions négatives sur l'importance, la sécurité et l'efficacité des vaccins. Par ailleurs, les équipes françaises qui ont récemment travaillé sur le sujet soulignaient toutes, d'une façon ou d'une autre, le « paradoxe vaccinal », décalage entre les pratiques et les opinions déclarées des professionnels et surtout du public.

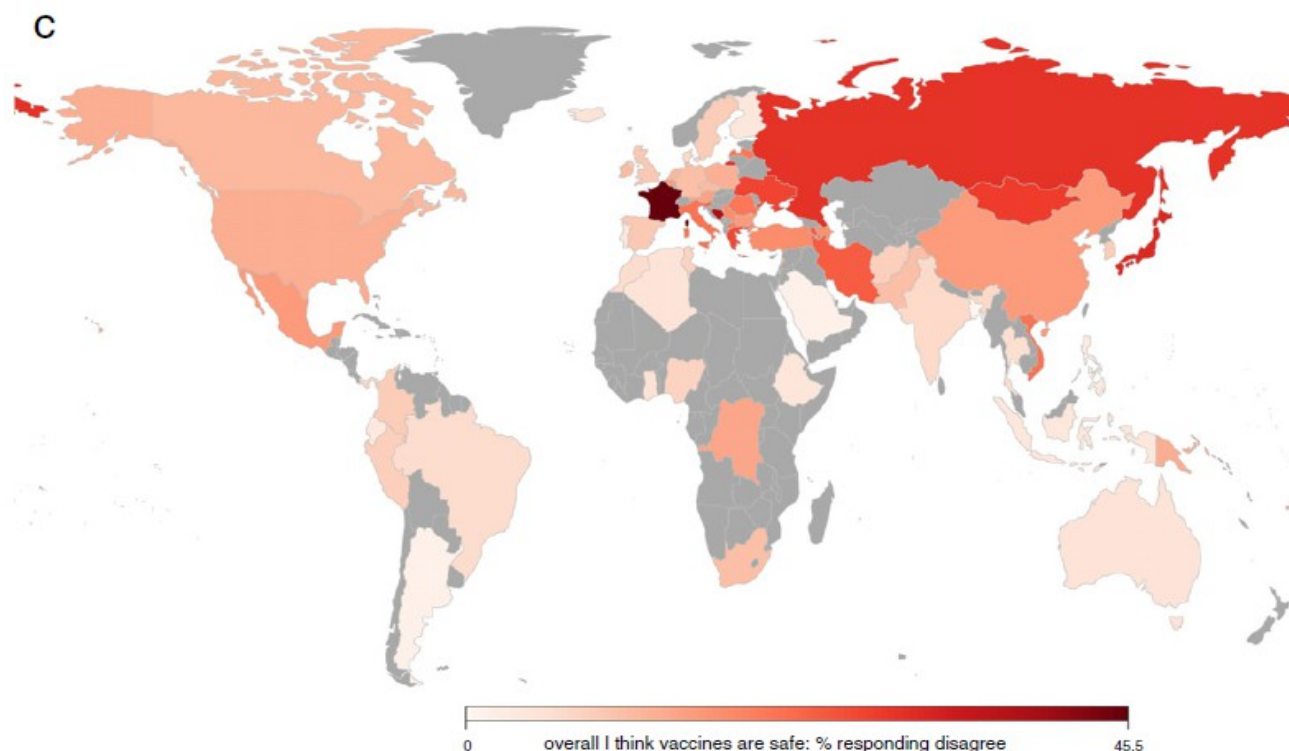


FIGURE 7 : Confiance vaccinale dans les différentes régions du monde et différences entre l'importance et la sécurité perçues (61)

6.1.b. Les facteurs prédictifs de retard

Certains auteurs ayant mis en lumière l'existence de retard vaccinaux et leurs conséquences ont tenté d'identifier les facteurs potentiellement prédictifs qui leur étaient associés.

La très grande majorité des études a été menée en Amérique du nord et en Afrique. Les résultats ne sont pas toujours strictement convergents mais plusieurs pistes émergent. Il semble dans tous les cas important de considérer à la fois les obstacles liés aux patients (et particulièrement aux parents) et les obstacles liés aux systèmes de santé dans lequel ils évoluent (7, 18, 19).

Ainsi il a été constaté des différences significatives dans les taux de vaccination à âge approprié en fonction des caractéristiques démographiques, faisant même parfois apparaître des inégalités au sein d'une même population. Ont été mis en cause le jeune âge et le faible niveau d'éducation maternels (14, 15, 17, 20), l'appartenance à une fratrie nombreuse (7, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20), les familles monoparentales (12, 15) ou encore le sexe masculin (13). Les facteurs socio-économiques ont également été pointés du doigt. Ont été associés aux retards vaccinaux : les faibles revenus (12, 17), les milieux ruraux (13, 19, 20) ou l'absence de téléphone au sein du foyer (7). De même la multiplicité des praticiens vaccinant l'enfant était significativement associée à la présence de retards (14, 15) ainsi que le recours à des services de santé publique (7, 12, 15), une vaccination en dehors d'un circuit de puériculture (17) ou l'absence d'assurance maladie (12, 20).

Au passage, certains facteurs protecteurs ont pu être dégagés, faisant écho aux facteurs prédictifs. Ainsi les familles où étaient présents les deux parents, où les parents avaient fait des études supérieures et où il existait une couverture sociale étaient significativement associées à moins de retards vaccinaux (OR < 1, avec IC excluant 1) (7, 20).

Plus spécifiquement, on peut se demander si les facteurs associés à des retards « intentionnels » sont les mêmes que ceux liés à de la négligence ou de l'oubli. Le travail de Smith et al. (21) suggérait que le profil de parents retardant de façon consciente la vaccination pointait des familles de haute condition socio-économique et qu'ils étaient significativement plus susceptibles d'avoir entendu ou lu des informations défavorables concernant la vaccination, à l'opposé des profils tendant à ressortir lorsque la distinction n'était pas faite dans l'intentionnalité des retards. Partant de ce constat, les conseils apportés ne seraient pas les mêmes. Il paraît également intéressant de souligner que quelques travaux ont montré que les enfants non vaccinés étaient plus fréquemment issus de famille refusant la vaccination tandis que les enfants sous-vaccinés l'étaient plus souvent du fait de facteurs socio-démographiques ou relatifs au système de santé. Ces deux groupes d'enfants avaient également des parents plus enclins à penser qu'ils recevaient trop de vaccins (27).

Dombkowski et al. (7) sont allés plus loin dans la réflexion concernant les facteurs associés aux retards vaccinaux. Ils ont comparé leurs résultats avec les études similaires dont le critère de jugement principal était la couverture vaccinale. Des différences significatives ont été retrouvées entre les facteurs associés à ces deux variables. Néanmoins, Akmatov et al. (13) ont aussi montré des similarités entre les facteurs associés aux retards et aux injections manquées suggérant tout de même que des interventions similaires de prévention pouvaient être mises en place.

Finalement, il n'est pas possible de rapprocher les résultats de cette thèse avec ceux présentés ci dessus, car ce travail qualitatif ne permet pas d'établir un lien causal entre les données du talon sociologique (âge parental, profession, milieu de vie etc...) et une plus grande probabilité de survenue des retards vaccinaux. Cependant mener des études comme celles décrites précédemment est indispensable afin de pouvoir cibler les groupes de patients à risque pouvant faire l'objet d'actions de prévention spécifiques et d'une plus grande vigilance des professionnels de santé.

6.1.c. Les applications françaises

Depuis quelques années, les autorités de santé françaises ont repris leur réflexion sur la vaccination, en initiant le Programme d'amélioration de la politique vaccinale française, 2012 – 2017 (50) qui prévoyait 5 axes de réflexion :

- simplification du calendrier vaccinal et meilleur accès aux carnets de vaccination.
- facilitation de l'accès à la vaccination s'appuyant sur les actions locales des ARS : vaccination sur les lieux de vie (école, campus, travail...), simplification du parcours (développement des PMI et centres de vaccination, disponibilité des produits au cabinet), organisation de campagnes de promotion spécifiques.
- incitation à la vaccination : renforcement des connaissances professionnelles, communication auprès du public, redéfinition de l'obligation vaccinale et meilleur respect des recommandations en collectivité.
- amélioration de l'évaluation et du suivi des politiques vaccinales : développement des indicateurs de surveillance, pharmacovigilance.
- renforcement de l'articulation recherche (médicales et en sciences humaines) et industries pharmaceutiques.

L'objectif de ces mesures était d'améliorer la vaccination en population générale, avec un effort particulier pour les moins de 18 ans, et la vaccination en population spécifique. Ce programme a abouti à la rédaction d'un Rapport sur la politique vaccinale (34), complété par la tenue d'un débat national sur la vaccination, associant usagers, experts et professionnels de santé courant 2016 (56). Ce débat s'appuyait entre autre sur 2 jurys citoyens et professionnels. Les conclusions de cette Concertation citoyenne sur la vaccination dont le compte rendu final a été publié en novembre 2016 apportent un éclairage récent sur la situation française (56). Il constitue le point final du Plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale qu'il convient de mettre en perspective avec les résultats de notre étude.

Les craintes exprimées dans l'espace participatif rejoignent celles pointées du doigt par les parents interrogés. Les éléments les plus significatifs étaient les doutes sur la survenue de pathologies plus graves à long terme, la peur des adjuvants, les interrogations concernant le jeune âge des enfants et le risque éventuel de « surcharge ». Les éléments expliquant la progression des hésitations par rapport à la vaccination s'en rapprochaient également avec surtout la perte de confiance envers les industries et les autorités de santé dont les recommandations n'étaient pas toujours lisibles pour le public, le changement d'orientation de la balance bénéfice/risque avec l'atténuation de la perception des enjeux des MPV, la suspicion de iatrogénie, le brouillage des messages ou encore la sanctuarisation du droit du citoyen à prendre lui même les décisions de santé le concernant.

Il est pour finir intéressant de constater que ce rapport met de plus en avant des problématiques inédites aux résultats de cette étude mais retrouvées dans d'autres articles scientifiques. Sont évoquées notamment les difficultés que peuvent rencontrer le vaccinateur, notamment pour apporter des réponses argumentées aux préoccupations de leurs patients hésitants. Il paraît nécessaire de renforcer les compétences des médecins généralistes. Ils

effectuent la très grande majorité des vaccinations et concentrent la confiance des patients. Ce compte rendu apporte quelques exemples concrets pouvant être utilisés par le praticien comme par exemple le fait que la vaccination ne mobilise qu'environ 1 lymphocyte sur 10 000, rendant le risque de surcharge improbable.

6.2. Perspectives concernant la vaccination en France

Le but de toute politique vaccinale est d'obtenir une protection individuelle et collective la plus élevée possible, le plus tôt possible et dans des conditions de sécurité optimales.

Bien que les autorités de santé aient décidé d'élargir le champ des vaccinations obligatoires, il reste néanmoins nécessaire de poursuivre le débat, car contraindre ne signifie pas convaincre. Or obtenir une alliance thérapeutique doit toujours rester la priorité de toute démarche de soins ou de prévention. Il va donc falloir poursuivre la réflexion sur les risques de la non-vaccination et les enjeux des retards, en rappelant que certaines pathologies comme la poliomyélite ou la rougeole n'ont pas de traitement curatif, et élaborer des stratégies spécifiques de promotion de la vaccination, ce d'autant plus qu'un niveau faible « d'hesitancy » ne sous entend pas forcément une forte demande de vaccination (49).

6.2.a. Propositions d'amélioration

Il semble nécessaire dans les années à venir d'intensifier les interventions de promotion de la vaccination que ce soit de façon ciblée en consultation ou de façon plus large auprès du grand public. Replacer la vaccination au cœur de la prise en charge préventive des professionnels et des demandes des parents tout en prenant en compte leurs convictions et points de vue paraît primordial. Il est intéressant de constater que beaucoup de recommandations émises à l'issue du Programme d'amélioration de la politique vaccinale trouvent un écho dans les entretiens menés pour ce travail de thèse. Plusieurs pistes nous semblent importantes à explorer tant sur le plan individuel que collectif.

- ***Pour limiter les retards non intentionnels***

Il faudrait bien entendu, dans un premier temps, travailler à limiter les retards non intentionnels représentés par les oublis, les pénuries et tensions d'approvisionnement, les événements intercurrents retardant et l'impossibilité à faire face au coût de la vaccination.

L'allègement du calendrier vaccinal en 2013 avec l'augmentation du nombre de co-administrations a d'ores et déjà simplifié sa mémorisation et son exécution. Néanmoins, imaginer de nouveaux systèmes de rappels permettrait de limiter les oublis. Il s'agit essentiellement de fournir aux parents des outils fiables, lisibles et concrets sur lesquels se reposer. Le carnet de santé est évidemment le premier support à exploiter. La mise à jour du calendrier en fonction de l'année de naissance de l'enfant semble être le minimum. On rappelle que l'édition actuelle présente les recommandations de 2005. L'inscription des dates précises de chaque rendez-vous vaccinal en précisant à chaque fois le nombre d'injections, le type de maladies ciblées et le caractère obligatoire ou recommandé serait également utile mais insuffisant si les patients / parents n'ont pas le réflexe d'ouvrir le carnet. Dans son rapport du 25 mai 2016 (62), le HCSP a émis plusieurs recommandations dont l'apparition du calendrier sous forme de carte postale amovible et une présentation des vaccins par ordre chronologique avec un nombre de lignes correspondant au nombre d'injections. Optimiser cet outil et en promouvoir l'utilisation semblent

donc être des étapes essentielles. Pour aller dans ce sens, sous peu, un premier carnet mis à jour entrera en vigueur au 1er avril 2018. Les pages concernant la vaccination auront fait l'objet d'un aménagement correspondant à l'application de l'extension de l'obligation vaccinale. Par ailleurs, selon un nouvel arrêté du 28 février 2018, relatif à sa forme et son mode d'utilisation, les pages du carnet de santé consacrées aux vaccinations pourront, dans le cadre de l'obligation, tenir lieu de certificat de vaccination, à condition que la mention de la vaccination en cause soit datée et signée par le professionnel de santé l'ayant pratiquée (63).

Dans un deuxième temps, l'utilisation des nouvelles technologies, à l'heure où de plus en plus de patients prennent leurs rendez-vous médicaux sur Internet devrait aussi être améliorée. Le développement d'applications pour smartphones émettant des rappels, la mise en place du carnet de vaccination électronique pour tous permettant une meilleure traçabilité et une accessibilité lors de n'importe quelle consultation ou encore la promotion de sites internet de référence (comme Mesvaccins.net ou Vaccination-info-service.fr), diffusant une information de qualité et surtout adaptée, sont autant de mesures qui pourraient améliorer la vaccination à âge approprié, via les moyens de communication modernes.

Par ailleurs, l'accessibilité à la consultation vaccinale doit être fluidifiée au maximum.

Premièrement, la mise à disposition des vaccins au cabinet pourrait être une piste permettant de simplifier le parcours de soins. Elle demanderait cependant du côté des professionnels beaucoup d'adaptation (livraison, stockage, traçabilité etc...) et éventuellement une meilleure coopération avec les pharmacies d'officine. Le développement de la vaccination ailleurs qu'au cabinet de médecine générale, qui concentre la grande majorité des actes, pourrait être envisagé, comme par exemple au sein des cabinets infirmiers qui réalisent déjà des permanences dans le cadre des campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou au sein de maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre par exemple des nouveaux moyens de rémunération. Cela nécessiterait cependant des déplacements annexes, ce qui pourrait compliquer l'organisation des familles.

Deuxièmement, les familles ayant des difficultés à assumer les frais de santé devraient être orientées le plus tôt possible vers un service réalisant gratuitement la vaccination. En ce qui concerne les enfants de moins de 6 ans, l'interlocuteur privilégié serait évidemment la PMI. Les parents en difficulté devraient être ciblés dès la sortie de la maternité, ce qui globalement fait déjà partie de la pratique courante. La problématique du coût de la vaccination a d'ores et déjà fait l'objet d'un audit dont les recommandations ont été publiées par l'HCSP en 2013 puis 2014 (57). En France sauf cas particulier, les vaccins sont pris en charge à 65%, ce qui représente un millième du budget de l'assurance maladie. Ce coût va croissant ces vingt dernières années. Le ticket modérateur de 35% reste à charge, s'il n'est pas pris en charge par une mutuelle.

Troisièmement, il faudrait sans aucun doute que les autorités de santé et les laboratoires producteurs de vaccins travaillent sur la façon de limiter voir d'éviter complètement les pénuries et les tensions d'approvisionnement. L'état des stocks de vaccins et les raisons des tensions devraient être diffusés en temps réel aussi bien auprès des professionnels que du public. La réflexion sur ce sujet a déjà débuté, quelques éléments de réponse ont été exposés en première partie de ce travail (34, 36-39).

- ***Pour limiter les retards intentionnels***

De façon beaucoup plus complexe, car moins accessibles aux mesures pratiques, ils constituent un défi. En France, plus qu'ailleurs dans le monde, les réticences à la vaccination, sont de plus en plus présentes. Les ajournements ne devraient plus être banalisés que ce soit par les patients et/ou surtout par les professionnels. L'enjeu des retards devrait donc faire l'objet d'une intervention spécifique lors des études médicales et ses risques devraient être expliqués aux parents dès le début du processus vaccinal pour encourager à la ponctualité. L'objectif ne devrait plus simplement être l'obtention du bon nombre de doses cumulées mais leur réalisation à âge approprié. Une attention particulière devrait être accordée aux rappels qui sont les plus fréquemment retardés.

De façon concrète, en prévision de la consultation, la prescription systématique de patchs anti-douleur pourrait permettre de rendre le geste moins désagréable pour l'enfant et de rassurer les parents. Un protocole de gestion de la fièvre et de la douleur au point d'injection devrait être également remis de façon systématique. De plus, une formation précise à ce geste technique ainsi qu'à l'approche pédiatrique auprès des étudiants en médecine améliorerait la pratique.

De façon plus générale, la relation que le médecin établit avec les parents devrait être envisagée comme un levier essentiel aux problématiques vaccinales. Bien qu'elle n'ait pas directement été mise en avant par les parents interrogés, elle doit faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Pour commencer, l'ensemble des **démarches préventives** devraient être encouragées et devraient prendre une part plus importante dans la prise en charge médicale des français. Des consultations dédiées pourraient être mises en place pour les nourrissons. Une première solution pourrait être un passage systématique pour tous en PMI pour des sessions d'information et d'échange individuelles ou pourquoi pas en groupe. Une deuxième possibilité serait leur mise en place au cabinet de médecine générale, qui reste le lieu de référence pour une très grande majorité de parents. Rencontrer les familles quand tout va bien, sans problématique aiguë à traiter, uniquement pour transmettre et échanger des informations, amener les patients à acquérir des compétences et répondre à l'ensemble de leurs interrogations, serait probablement bénéfique. Se poserait néanmoins la question de la gestion du temps de consultation et de la rémunération de telles actions. De tels projets pourraient être conçus et testés au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires, en entrant dans le cadre des Nouveaux Moyens de Rémunération, alliant rémunération à l'acte et rémunération forfaitaire.

Un grand **effort de transparence** devrait également être fait à tous les niveaux : praticiens, autorités de santé et industries. Nombreux sont les patients ayant l'impression que l'intérêt pécuniaire d'une majorité de démarches de santé publique prime sur l'intérêt médical. Beaucoup de décisions sont incomprises et vues comme des manœuvres intéressées plutôt que d'intérêt général. Il faudrait donc mieux communiquer sur les raisons et justifications des politiques vaccinales, que l'on parle des changements de rythme du calendrier, de l'introduction ou du retrait de certaines valences, ou des rapports et conflits d'intérêt potentiels entre des autorités de santé et des industries.

Un **effort pédagogique** semble aussi indispensable. Afin que les parents comprennent les enjeux de la vaccination, ils doivent être pleinement conscients des risques réels des maladies à prévention vaccinale mais également de la vaccination elle-même. Beaucoup de contre-vérités sur

la physiopathologie et l'épidémiologie ont été exprimées et peuvent mener à une mauvaise perception des enjeux. Il paraît donc indispensable de mieux communiquer sur les raisons et les justifications de nos pratiques et sur leurs modes d'action. Des campagnes d'information diffusant des notions simples mais précises, telles que celles mises en place pour contrer les mésusages des antibiothérapies, pourraient être envisagées. Les messages clés devraient concerner en premier lieu les maladies à prévention vaccinale dont les conséquences sont parfois sous estimées (possibilité de résurgence, morbi-mortalité importante parfois en absence de traitement curatif etc...) et en second le processus d'immunisation. Alerter sur les effets secondaires scientifiquement démontrés semble aussi être une priorité dans la mesure où le risque iatrogénique est une préoccupation centrale. Les moyens mis en œuvre pour arriver à de telles conclusions devraient aussi être exposés. Une meilleure coordination avec le système judiciaire serait également intéressant dans la mesure où des indemnisations ont été versées au regard de la loi et non pas de la médecine fondée sur les preuves, brouillant le message de l'imputabilité aux vaccins dans la survenue d'effets indésirables.

Un **effort d'écoute et une personnalisation de la prise en charge** gagneraient aussi à être promus. Avec l'obligation vaccinale, la question de l'adaptation du calendrier vaccinal ne se pose plus mais la prise en compte des projets de santé particuliers, des expériences passées des patients et des croyances personnelles, dans une démarche de soins plus globale, pourrait permettre une meilleure alliance thérapeutique. Il existe en effet une demande grandissante d'alternatives à la médecine dite allopathique et on constate déjà une intégration progressive de médecines dites complémentaires aux systèmes de soins traditionnels telles que l'hypnose ou l'ostéopathie. Cette transformation peut s'expliquer de nombreuses façons : autonomisation des patients qui s'informent et donc s'ouvrent à d'autres alternatives, intérêt grandissant pour une prise en charge plus préventive que curative, échec des traitements conventionnels face à certaines pathologies notamment chroniques, promotion du confort et de la qualité de vie, considérations économiques ou encore méfiance envers les systèmes de santé modernes. Le tout pousse donc à se tourner vers des méthodes naturelles et donc estimées moins iatrogènes. Il paraîtrait à l'avenir important de réfléchir à une meilleure façon d'encadrer et d'intégrer ces nouvelles pratiques. Cela passerait entre autre par le développement de la recherche dans ces domaines afin que les pratiques heuristiques rejoignent celles fondées sur les preuves.

Pour finir, la **formation des professionnels** devrait aussi être réfléchi afin de mieux les armer pour répondre aux interrogations des patients. L'objectif serait également une harmonisation des pratiques et du discours qui comme les ont décrits certains parents ne sont pas toujours superposables d'un soignant à l'autre et donc source de confusion. Une information sur l'actualité de la vaccination pourrait aussi être régulièrement adressée. Cela permettrait au passage de limiter la progression des hésitations parmi les professionnels, certains pouvant eux-même être sensibles à des arguments de défiance. De façon plus spécifique, compte tenu de la faible quantité de littérature sur le sujet du retard comparativement à d'autres problématiques soulevées par la vaccination, il semble y avoir un vide de réflexion concernant les enjeux de la vaccination à âge approprié qui pourrait faire l'objet d'une attention plus particulière du chercheur.

6.2.b. L'obligation vaccinale, le défi de l'année 2018

L'actualité vaccinale pour l'année 2018 va bien évidemment être la mise en application de l'extension de l'obligation vaccinale pour les enfants de moins de 2 ans nés à partir du 1er janvier 2018. Les raisons initiales ayant amené le législateur à imposer une injection étaient le caractère endémique d'une maladie, une mortalité élevée et une volonté de rendre le vaccin accessible à

tous (44). Or, il n'est pas évident que ces arguments restent aujourd'hui valables. La notion d'obligation vaccinale telle que nous la connaissons jusque là n'a plus vraiment de pertinence au regard des considérations purement scientifiques et épidémiologiques et correspond davantage à une réalité historique (11, 34, 42, 47). Premièrement, elle offre une valeur symbolique forte de gravité et d'importance rendant par comparaison les valences recommandées plus facultatives et moins pertinentes. Deuxièmement, on peut la considérer comme une atteinte aux libertés individuelles, garanties en matière de santé par la loi dans notre pays. En n'ayant plus que l'option du vaccin combiné hexavalent, du fait des pénuries et de l'indisponibilité des valences DTP seules, les patients ont déjà subi une forme d'obligation avant l'heure, où le double régime associant valences obligatoires et recommandées donnait encore moins de lisibilité. Ainsi, même si on en comprend le sens purement médical, on peut se demander quel sera l'impact de cette généralisation sur le scepticisme ambiant.

Par ailleurs, l'obligation vaccinale est-elle indispensable ? Bien que les meilleurs taux de couverture vaccinale soient obtenus pour les vaccins obligatoires ainsi que pour la coqueluche et l'*Haemophilus* qui lui sont combinés, la causalité n'est pas démontrée de façon stricte. Par exemple, d'un côté, l'étude « Nicolle » réalisée en 2006 par l'INPES et l'InVS sur les connaissances, attitudes et comportements face aux risques infectieux des patients et des médecins, suggère que dans le cas du DTP où l'on sait que les couvertures vaccinales approchent l'objectif clé de 95%, une levée de l'obligation vaccinale pourrait être synonyme d'un recul de la vaccination. Mais d'un autre côté, le rapport 2016 sur la politique vaccinale, sous-entend devant les bons chiffres obtenus pour le pneumocoque qu'il est possible d'obtenir une bonne couverture vaccinale même sans obligation (34). De façon encore plus pragmatique, on peut même ajouter que la majorité des cas résiduels de DTP concernent les adultes alors même que l'obligation ne s'applique qu'aux enfants.

Afin d'approfondir la question, Collange et al. ont mené depuis quelques années plusieurs enquêtes d'opinions parmi les médecins français. Leur travail le plus récent en 2016 parmi un panel de généralistes de PACA a montré que 92% d'entre eux étaient favorables à l'obligation vaccinale, dont 44% pour l'ensemble des injections et 48% pour certaines seulement (5). Ces taux, bien que légèrement supérieurs à ceux qu'ils avaient mis en évidence en 2015 dans leur rapport de la DRESS, sont quasi superposables à ceux de l'étude Nicolle (44). Les praticiens en faveur d'une obligation globale pratiquaient moins souvent les médecines douces, déclaraient plus souvent rencontrer des difficultés pour expliquer pourquoi certaines valences étaient obligatoires et d'autres recommandées et avaient un score de doute sur l'utilisation des vaccins moins élevé (5).

Finalement, il reste de toute façon à savoir comment contrôler le respect de cette nouvelle loi. Pour le moment aucune sanction n'est prévue par la loi, hormis concernant l'accès à la collectivité. Si les vaccinations sont contrôlées à l'entrée en collectivité, sachant que la 1^{ère} rentrée des classes se fait à 3 ans, cela laisse du temps aux parents « hésitants » pour réaliser un rattrapage. Si le contrôle se fait à partir du certificat de visite obligatoire des 24 mois, il y aura une échéance plus rapide limitant les retards mais ne garantissant toujours pas la ponctualité. On peut donc de toute façon supposer que supprimer les recommandations au profit de l'obligation ne réglera pas la problématique du retard. Encore une fois, un calendrier à jour à une certaine échéance ne garantit pas qu'au préalable les injections aient été faites en temps et en heure.

CONCLUSION

Le retard vaccinal, notamment chez les petits, est une problématique aux enjeux démontrés mais plutôt méconnue et peu étudiée en France. Il a fait l'objet de travaux assez fournis de la part de certaines équipes étrangères, ayant surtout permis de mieux cerner ses répercussions et le profil de patients concernés. Sa définition reste néanmoins encore aujourd'hui assez floue.

Dans un contexte récent de refonte de la politique vaccinale française et de tensions d'approvisionnement, nous avons tenu à recueillir le point de vue des parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis par des praticiens de premier recours. Cinq grandes raisons de retard ont ainsi pu être identifiées : les oublis , les pénuries et tensions d'approvisionnement, l'impossibilité d'assumer le coût de la vaccination, la survenue d'événements intercurrents retardant et surtout l'hésitation vaccinale.

Cette dernière cause est probablement, dans notre travail, la raison la plus remarquable. Large et complexe, elle conjugue des enjeux et problématiques faisant écho à l'ensemble des pratiques médicales. Un effort de pédagogie, d'information et une transformation de l'orientation des soins de santé primaires vers un modèle plus préventif semblerait par conséquent être pertinent pour répondre à la demande croissante d'autonomisation et de transparence des patients. Il s'agit certainement d'une thématique qui mériterait d'être approfondie par de futurs projets de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Guérin N. Histoire de la vaccination : de l'empirisme aux vaccins recombinants. Rev Med Interne. 2007 ; 28(1):3-8.
- (2) Conseil de la Direction Collaborative de la Décennie de la Vaccination. Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020. [en ligne]. 2013. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/fr/
- (3) Bailly AC. Retard vaccinal chez les nourrissons suivis en pédiatrie libérale : résultats d'une étude nationale. [Thèse d'exercice]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé;2015.
- (4) Santé publique France. Couverture vaccinale. [en ligne]. Mar 2013. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Couverture-vaccinale-Questions-Reponses>
- (5) Collange F, Fressard L, Pulcini C, Launay O, Gautier A, verger P. Opinion des médecins généralistes de la région provence-alpes-côte d'azur sur le régime obligatoire ou recommandé des vaccins en population générale. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(24-25):406-13.
- (6) Ministère des Solidarités et de la Santé. Communiqué de presse. A partir de 2018, les enfants de moins de deux ans devront être vaccinés contre 11 maladies. [en ligne]. juil 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-communique_de_presse.pdf
- (7) Dombkowski KJ, Lantz PM, Freed GL. Risk factors for delay in age-appropriate vaccination. Public Health Rep. 2004;119(2):144-55.
- (8) Cellule de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire en région (Cire) Aquitaine. Bulletin de Veille Sanitaire. La couverture vaccinale en Aquitaine. InVS, Bordeaux : Institut de veille sanitaire; Juin 2014.17.
- (9) Santé Publique France. Dossier pédagogique - Élargissement de l'obligation vaccinale à 11 maladies. [en ligne]. Juil 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/pdf/Dossier-Pedagogique-Obligation-vaccinale070717.pdf>
- (10) Bolton P, Hussain Ahadpawat A, Holt E, Huguart N, Guyer B. Deficiencies in current childhood immunization indicators. Public Health Rep. 1998;113(6):527-32.
- (11) Dubé E, Laberge C, guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy, an overview. Hum Vaccin immunother. 2013;9(8):1763-73.
- (12) Dombkowski KJ, Lantz PM, Freed GL. The need for surveillance of delay in age-appropriate immunization. Am J Prev Med. 2002;23(1):36-42.
- (13) Akmatov M, Mikolajczyk RT. Timeliness of childhood vaccinations in 31 low and middle-income

- countries. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:1-9.
- (14) Luman ET, McCauley MM, Stokley S, Chu SY, Pickering LK. Timeliness of childhood immunizations. *Pediatrics*. 2002;110:935-939.
- (15) Luman ET, Barker LE, Shaw KM, et al. Timeliness of childhood vaccinations in the United States : days undervaccinated and number of vaccines delayed. *JAMA*. 2005;293(10):1204-11.
- (16) Laubereau B, Hermann M, Schmitt HJ, Weil J, von KR. Detection of delayed vaccinations: a new approach to visualize vaccine uptake. *Epidemiol Infect*. 2002;128(2):185-92.
- (17) Lernout T, Theenten H, Hens N, Braeckman T, Roelants M, Hoppenbrouwers K et al. Timeliness of infant vaccination and factors related with delay in Flanders, Belgium. *Vaccine*. 2014;32(2): 284-9.
- (18) Guerra F. Delays in immunization have potentially serious health consequences. *Paediatr Drugs*. 2007;9(3):143-8.
- (19) Akmatov MK, Kretzschmar M, Kramer A, Mikolajczyk RT. Timeliness of vaccination and its effects on fraction of vaccinated population. *Vaccine*. 2008;26(31):3805-11.
- (20) Dayan GH, Shaw KM, Baughman AL, Orellana LC, Forlenza R, Ellis A, et al. Assessment of delay in age appropriate vaccination using survival analysis. *Am J Epidemiol*. 2006;163(6):561-70.
- (21) Smith PJ, Humiston SG, Parnell T, Vannice K, Salmon D. The association between intentional delay of vaccine administration and timely childhood vaccination coverage. *Public health Rep*. 2010;125(4):534-41.
- (22) Clark A, Sanderson C. Timing of children's vaccination in 45 low-income and middle-income countries : an analysis of survey data. *Lancet*. 2009;373(9674):1543-9.
- (23) Gras P, Baily AC, Lagrée M, Dervaux B, Martinot A and Dubos F. What timing of vaccination is potentially dangerous for children younger than 2 years ? *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(8):2046-52.
- (24) Odotola A, Afolabi MO, Ogundare EO, Lowe-Jallow YN, Worwui A, Okebe J et al. Risk factors for delay in age-appropriate vaccinations among Gambian children. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:346.
- (25) Heiniger UZ, Zuberbülher M. Immunisation rates and timely administration in pre-school and school-aged children. *Eur J Pediatr*. 2006;165(2):124-9.
- (26) Rodewald LE, Szilagyi PG, Shih T, Humiston SG, LeBaron C, Hall CB. Is underimmunization a marker for insufficient utilization of preventive and primary care? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:393-397.
- (27) Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, dehart P and Halsey N. Vaccine refusal, Mandatory immunization and the risk of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med*. 2009;360(19):1981-8.
- (28) Atkinson WL, Hadler SC, Redd SB, Orenstein WA. Measles surveillance -- United States, 1991.

MMWR CDC Surveill Summ. 1992;41(6):1-12.

- (29) Buttery JP, Graham SM. Immunisation timing : the protective layer in vaccine coverage. Lancet Lond Engl. 2009;373(9674):1499-500.
- (30) Koeck JL. Simplification et évolution majeures du calendrier vaccinal français 2013. [en ligne]. © Avr 2013. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/news/4037-simplification-et-evolution-majeure-du-calendrier-vaccinal-francais-2013>
- (31) Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017. [en ligne]. Avr 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : https://www.mesvaccins.net/textes/calendrier_vaccinations_2017.pdf
- (32) Ministère des Solidarités et de la Santé. Rupture d'approvisionnement d'un médicament. [en ligne]. juin 2016. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/prescription-et-dispensation/article/rupture-d-approvisionnement-d-un-medicament>
- (33) Vaccination-info-service.fr. Gestion des stocks des vaccins. [en ligne]. mar 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <http://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Qualite-securite-et-efficacite-des-vaccins/Gestion-des-stocks/Ruptures-de-stock-et-tensions-d-approvisionnement-des-vaccins>
- (34) Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. [en ligne]. 2016. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_la_politique_vaccinale_janvier_2016_.pdf
- (35) Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain. JORF n°0228 du 30 sept 2012. texte 7. page 15401. [en ligne] 2012. [consulté en 03/2018]. disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/9/28/AFSP1232111D/jo/texte>
- (36) Haut conseil de la santé publique. Tensions d'approvisionnement des vaccins combinés contenant la valence coqueluche. Adaptation de la stratégie vaccinale durant la période de tension d'approvisionnement (hors Guyane et Mayotte). HCSP, Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Direction générale de la santé; Mar 2015. 2p.
- (37) Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux ruptures de stock et aux tensions d'approvisionnement des vaccins combinés contenant la valence coqueluche. HCSP, Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Direction générale de la santé; Fev 2015. 5p.
- (38) Nicand E. Des mesures concrètes pour anticiper les pénuries de vaccins. [en ligne]. Fev 2016. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/news/8338-des-mesures-concretes-pour-anticiper-les-penuries-de-vaccins>
- (39) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé. DT Vax, vaccin diphtérique et tétanique absorbé (Suspension injectable en flacon multidose) – Rupture de stock. ANSM [en ligne]. Mai 2015. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Ruptures-de-stock-des-medicaments/DT-VAX-Vaccin-diphtherique->

[et-tetanique-adsorbe-Suspension-injectable-en-flacon-multidose-Rupture-de-stock](#)

- (40) McDonald NE, the sage working groupe on vaccine hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33:4161-4164.
- (41) Perreti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale : une revue critique. *Journal des anti-infectieux*. 2015;17:120-4.
- (42) Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, KatzSL, Ratzan S. Adressing the vaccine confidence gap. *Lancet*. 2011;378(9790):526-35.
- (43) Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Cire Nouvelle-Aquitaine. Bulletin de Veille Sanitaire. La couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine au 31/03/17. [en ligne]. Avr 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/BVS_04_2017_N_11_NA_Couverture_Vaccinale_2017.pdf
- (44) Collange F, Fressard L, Verger P, Josancy F, Sebbah R, Gautier A et al. Vaccination : attitudes et pratiques des médecins généralistes. *Études et Résultats*, DRESS. Mar 2015;(910) :1-6.
- (45) Santé publique France. Diminution de la couverture vaccinale du nourrisson au premier semestre 2015. [en ligne]. Jan 2016. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Actualites/Actualites/Diminution-de-la-couverture-vaccinale-du-nourrisson-au-premier-semester-2015>
- (46) Smith JP, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z, Dorell CG, Hibbs B. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Rep*. 2011;126(2):135-46.
- (47) Saad BO, Orenstein WA, Koplan JP. Go big and go fast – Vaccine refusal an disease eradication. *N Engl J Med*. 2013;368(15):1374-6.
- (48) Rosselli R, Martini M, Bragazzi NL. The old and the new : vaccine hesitancy in the era of the web 2,0. Challenges and opportunities. *J Prev Med Hyg*. 2016;57(1):E47-50.
- (49) Verger P, Fressard L, Collange F, Gautiuer A, Jestin C, Launay O et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Dontroversies : A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedecine*. 2015;2(8):891-7.
- (50) Direction Générale de la Santé. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012 – 2017. Paris : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction Générale de la santé, Sous direction prévention des risques infectieux; 2012.16p. disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_d_amelioration_de_la_politique_vaccinale_2012-2017_2_.pdf
- (51) McCauley MM, Kennedy A, Basket M and Sheedy K. Exploring the choice to refuse or delay vaccines : a national survey of parents of 6 through 23 month olds. *Acad pediatri*. 2012;12(5):375-83.
- (52) Sardy R, Ecochard R, Lasserre E, Dubois JP, Floret D et Letrillart L. Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation

- hiérarchisée. Santé publique. 2012;24(6):547-60.
- (53) Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. Exercer. 2017;132:1-11.
- (54) Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;23:147-81.
- (55) Hennebo N. Guide de bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0. 2009. 39p.
- (56) Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport sur la vaccination. Comité de concertation citoyenne sur la vaccination. [en ligne]. Nov 2016. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur <http://concertation-vaccination.fr/la-restitution/>
- (57) Haut conseil de santé publique. Avis relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Direction générale de la santé; Mar 2014.
- (58) Levy C, Varon E, Bingen E, Lécuyer A, Boucherat M, Cohen R, Bacterial Meningitis Study Group. Pneumococcal meningitis in French children before and after the introduction of pneumococcal conjugate vaccine. Pediatr Infect Dis J. 2011;30:168-70.
- (59) World Health Organization. Recommendations for routine immunization. [en ligne]. Avr 2017. [consulté le 28/05/2018]. disponible sur : http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/
- (60) European Centre for Disease Prevention and Control . Vaccine-schedule.ecdc.europa.eu [en ligne]. 2005-2018. [consulté le 23/03/2018]. disponible sur : <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
- (61) Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG et al. The state of vaccine confidence 2016 : Global insights through a 67-country survey. EBioMedicine. 2016;12:295-301.
- (62) Haut conseil de santé publique. Avis relatif à la refonte du carnet de santé de l'enfant. Paris : Ministère des affaires sociales et de la Santé. 25 mai 2016. 20p.
- (63) Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 28 février 2018 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé. JORF n°0053 du 4 mars 2018, texte n°20. [en ligne] ; 2018. [consulté en le 28/05/2018]. disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036667829&dateTexte=&categorieLien=id>

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE D'INFORMATION aux PARENTS

Travail de thèse d'exercice, doctorat en médecine générale

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Bérengère GRENIER, je suis médecin généraliste et je réalise actuellement mon travail de thèse de fin d'étude.

Pour cela, je vous propose de participer au projet intitulé « Les retards vaccinaux : étude qualitative auprès des parents d'enfants de 2 mois à 6 ans suivis entre janvier 2013 et janvier 2017 par des médecins de 1er recours (médecins généralistes, médecins de PMI et pédiatres) du Sud Gironde ».

1. Le projet : en quoi consiste la recherche

Le but de cette étude est d'analyser les raisons qui selon vous pourraient expliquer l'existence de retards dans le respect du calendrier vaccinal chez vos enfants.

Les retards vaccinaux sont fréquents et peuvent avoir des répercussions en matière de protection contre certaines maladies infectieuses. Comprendre les raisons de ce phénomène est important afin de mettre en place les mesures de prévention nécessaires.

Je vais donc lors d'un entretien en face à face vous poser quelques questions afin que vous puissiez m'exposer votre point de vue. Nous parlerons de la santé, des habitudes de vie et des comportements face à la vaccination de votre famille. Cela durera une trentaine de minutes. Avec votre accord, j'enregistrerai vos réponses et prendrai quelques notes. J'en analyserai ensuite le contenu afin de répondre à la question de recherche.

Votre participation ne modifiera en rien la prise en charge habituelle de votre enfants.

2. Vos droits

Cette étude est menée conformément à la loi informatique et liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et a reçu l'accord d'un Comité de Protection des Personnes. La participation est libre et le recrutement fait sur la base du volontariat.

Vous pouvez suspendre ou vous retirer à tout moment de l'entretien et vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez également à tout moment faire valoir un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à vos données auprès de l'investigateur principal. Aucune justification n'est nécessaire.

Votre parole sera retranscrite le plus fidèlement possible sur une base de données informatisée. Seuls le

thésard et ses deux directrices de thèse auront accès à l'entretien dans le respect du secret professionnel. De même toutes informations susceptibles de vous identifier en nom propre seront retirées afin de garantir un maximum de confidentialité.

Vous pourrez si vous le souhaitez être informé des résultats globaux de l'étude. Ces résultats seront susceptibles de faire l'objet de publications scientifiques ou d'une communication en congrès mais ne seront pas utilisés dans un autre cadre.

L'ensemble de vos requêtes pourront être adressées à l'investigateur principal (étudiant thésard) par mail ou téléphone, dont les coordonnées sont notées ci dessous.

En vous remerciant de votre confiance.

Coordonnées de l'investigateur principal

Bérengère GRENIER,
thésarde de médecine générale auprès de l'Université Bordeaux II, Département de médecine générale

Département de médecine générale

Responsables de l'enseignement : Jean-Philippe Joseph et William Durieux
Responsable administratif : Chantal Bonnin
146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux
05 57 57 13 11

ANNEXE 2 : ETUDE sur LA PROTECTION des PERSONNES

ENGAGEMENT de CONFORMITE dans le cadre d'une THESE en médecine générale. Methodologie de référence : MR-003

1. Cadre

La présente étude vient justifier le choix d'une déclaration CNIL sous forme d'engagement de conformité dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, spécialité médecine générale. L'ensemble des conditions nécessaires à l'application de la méthodologie MR-003 sont respectées. Entre autre, les participants recevront tous une information générale et individuelle orale et écrite concernant à la fois le déroulé de la recherche et leurs droits.

Ce travail de thèse se présente sous forme d'une étude transversale non interventionnelle qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de parents d'enfants de 2 mois à 6 ans, suivis entre janvier 2013 et 2017, par des médecins de 1er recours dans le sud gironde. Il a pour objectif d'analyser les raisons des retards vaccinaux, ce qui relève des soins courants.

L'analyse des données concerne des informations de santé personnelles. Après dépôt de dossier, le comité de protection des personnes n°8 d'Île de France, désigné selon la procédure standard par tirage au sort, a rendu un avis de non compétence au motif que le projet relève d'une recherche en sciences humaines et sociales et est exclu du champs d'application de la loi sur la recherche impliquant la personne humaine.

2. Analyse des données

Les données collectées se limiteront strictement aux informations nécessaires et pertinentes pour répondre à la question de recherche. Les informations que nous avons choisi de recueillir sont potentiellement en lien avec l'existence d'un retard de vaccination chez les enfants des parents interrogés comme le démontre notamment la bibliographie faite parallèlement à la construction du projet.

Le nom des participants ne sera noté que sur le journal de bord lors de la prise de rendez-vous pour la réalisation des entretiens, permettant ainsi d'établir une table de correspondance. Il ne sera pas enregistré sur le fichier audio en début d'entretien. Ensuite, le chercheur s'engage à traiter le verbatim de façon aussi confidentielle que possible. Seront retirées toutes informations pouvant permettre d'identifier en son nom propre le participant. Seuls les 3 investigateurs (thésarde et directrices de thèse) auront accès à l'identité rattachée à chaque verbatim. Ils sont soumis au secret professionnel .

Le « talon sociologique » décrit ci dessous, sera collecté de façon systématique mais les questions posées lors des entretiens seront ouvertes et susceptibles d'être enrichies au fur et à mesure de l'avancé de l'étude comme dans toute démarche qualitative.

Plus précisément, seront demandés concernant :

- les parents
 - . l'âge et le sexe
 - . l'origine ethnique
 - . la situation familiale : situation maritale, nombre d'enfants dans la fratrie
 - . la catégorie socio-professionnelle et le niveau de formation
 - . mode de vie : lieux de vie (rural, semi rural ou urbain)

- les enfants
 - . l'âge et le sexe
 - . les antécédents personnels ou familiaux notables (prématurité, pathologies chroniques...) ou de maladie à prévention vaccinale, ainsi que les événements pouvant y être associés
 - . habitudes de vie : mode de garde des enfants et/ou type de scolarisation

- les soignants habituels de la famille
 - . professionnels suivant les enfants (médecin généraliste, pédiatre, PMI)
 - . orientation particulière de l'activité

Les données numériques seront stockées sur l'ordinateur personnel du chercheur principal protégé par un mot de passe, équipé de 2 anti-malwares régulièrement mis à jour et connecté à la WIFI uniquement en cas de besoin. Elles seront transmises via une clé USB unique et dédiée aux 2 autres investigateurs pour la réalisation de la triangulation des données. Cette clé fera également office de 1ère sauvegarde. Une deuxième sauvegarde sera conservée sur un disque dur externe. Le PC et les 2 supports de stockage seront conservés au domicile du thésard et accessibles de lui seul.

Les notes manuscrites seront prises sur un seul carnet de bord seulement complété par l'investigateur principal. Il sera également conservé au domicile du thésard et sera emmené à chaque entretien.

L'ensemble sera détruit une fois la soutenance achevée ou les résultats publiés s'il y a lieu.

Les investigateurs.

> étudiante et chercheur principal :

Bérengère GRENIER (thésarde auprès de l'université de Bordeaux, doctorat en médecine générale)

> *directrices de thèse* :

Dr Mélanie AFONSO (Département de médecine générale de l'université de Bordeaux)

Dr Emmanuelle COMBES (médecin de PMI)

> promoteur :

Département de médecine générale de l'université de Bordeaux
 responsables de l'enseignement : Jean-Philippe Joseph et William Durieux
 Responsable administratif : Chantal Bonnin
 146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux
 05.57..57.13.11

MESURES DE SECURITE MISES EN OEUVRE, grilles MR003

Catégorie de mesures sur les données du traitement	description
Enregistrement audio des entretiens	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'un dictaphone dédié et unique - pseudonymisation : noms des participants non enregistrés sur le fichier audio qui sera identifié par la date et l'heure - recueil des données strictement nécessaires à l'étude en conformité avec la méthodologie choisie, métier des parents cités selon la nomenclature INSEE des catégories socio-professionnelles - retranscription du verbatim mots à mots avec suppression des passages permettant une identification de l'interviewé en son nom propre
Notes manuscrites	<ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'un carnet de bord unique et dédié, propriété du thésard - seul support sur lequel apparaissent le nom des participants (agenda des RDV)
Catégorie de mesures générales sur le système d'information	description
Accès aux données	<ul style="list-style-type: none"> - <u>données numériques</u> : accessibles seulement aux 3 investigateurs - <u>données manuscrites</u> : accessibles à l'investigateur principal seulement (thésard)
Supports	<ul style="list-style-type: none"> - <u>données numériques</u> : <ul style="list-style-type: none"> . travail sur le PC personnel de chaque investigateur dont ils sont les seuls utilisateurs, sous windows 7 et 10 . protection par mot de passe non trivial et anti-virus régulièrement mis à jour, « nettoyage » récent de l'ordinateur de l'investigateur principal par un professionnel (janvier 2017) . connexion WIFI utilisée si besoin (recherche bibliographique etc...) . travail grâce au logiciel Nvivo, licence personnelle d'un an . 1ere sauvegarde sur clé USB unique et dédiée, qui permettra également les échanges en mains propres entre investigateurs . 2e sauvegarde sur le disque dur externe personnel du thésard . le tout conservé en lieu sécurisé (domicile ou bureau fermé à clé lors des entretiens) - <u>données manuscrites</u> : conservé en lieu sécurisé (idem), emmené à chaque entretien
Catégorie de mesures organisationnelles	description
Gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> - nombre très limité d'investigateurs, soumis à la confidentialité dans le cadre du secret professionnel - pas de transferts de données sensibles (verbatim et son analyse) par mail entre les investigateurs - destruction de l'ensemble du recueil de données après la soutenance et/ou publication des résultats

Droit des participants	- lettre d'information écrite remise à chaque début d'entretien, en complément de de l'information orale : décrit les modalités d'opposition, d'accès aux données et de retrait à faire valoir par les participants s'ils le souhaitent
------------------------	---

Violation potentielle des données du traitement	Gravité	Menaces rendant possibles les violations de données	Justification
Accès illégitime aux données	limitée	négligeable	Matériel dédié, limité et sécurisé, seulement 3 investigateurs
Modifications non désirées des données	négligeable	négligeable	Risque de piratage à distance ou d'accès physique aux données limités par les mesures mises en place
Disparition des données	négligeable	négligeable	2 sauvegardes différentes sur support hors réseau en lieu sécurisé

ANNEXE 3 : le GUIDE d'ENTRETIEN

a) QUI « Parlez moi un peu de votre famille ... »

- **enfants** : nombre + âges
- **situation maritale** : statut + âge + professions et niveau d'étude
- **quotidien et organisation** : lieu de vie + mode de garde + allaitement

b) COMMENT... le SUIVI

- **qui assure le suivi médical de la famille** : rythme + motifs des consultations
- **être en bonne santé** (en particulier pour vos enfants) ?
 - quels moyens
 - utilisation des moyens « naturels »
 - notion d'hygiène de vie
 - antécédants :
 - pathologies chroniques
 - pathologies à prévention vaccinale
- **Relation médecin malade**
 - notion de décision partagée, **suffisamment en concertation**
 - politiques de santé imposées

c) La VACCINATION

- **comment constitue-t-on son immunité ?**
- **connaissez-vous le calendrier vaccinal et qu'en pensez vous ?**
 - nombre d'injections + nb de valences ds une même injection / **cohérence avec l'âge**
 - **les effets indésirables**
 - sélection ?
 - obligation vaccinale ?
 - différences avec les autres pays ?
 - efficacité : intérêt collectif / individuel ?
 - **conflit d'intérêt avec les laboratoires + transparence**
- **vos enfants sont-ils à jour** de leurs vaccinations ?
- **ont-ils reçus une ou plusieurs injections avec du retard ? Selon vous pour quelle(s) raison(s) ?**
 - quels sont pour vous les risques/ retentissement / **enjeux** de ces retards ?
 - **importance de la temporalité**
 - **moyen d'éviter les oublis**
 - . consultation dédiée
 - . numérique : application, carnet de santé électronique
 - . systèmes de rappel
 - **problématique économique**

- suffisamment informé(s) ou accompagné(s) concernant la vaccination de vos enfants ?
 - source : internet ?
 - discussion avec l'entourage ?
 - rôle du pharmacien ?
 - vaccin bashing ? ++ / jugement et stigmatisation

LEGENDE :

Version 2 (à l'issue de l'entretien n°1)

Version 3 (à l'issue de l'entretien n°2)

Version 4 (à l'issue de l'entretien n°4 et 5)

Version 5 (à l'issue de l'entretien n°6 et 7)

ANNEXE 4 : VACCINS AYANT UNE AMM en France

MONOVALENT	T Poliomyélite inactivée Hib Rougeole	Vaccin tétanique pasteur ® R65%, 2,89€ Imovax Polio ® R65% 4,77€ Act-Hib ® R65%, 17,30€ Rouvax ® => <i>arrêt prévu en 2017</i>
BIVALENT	DT	DTVax ® => <i>disponible sur demande au laboratoire</i>
TRIVALENT	dTP	Revaxis ® R 65%, 9,92€
TETRAVALENT	DTCaP	Infanrix tetra ® R65%, 14,88€ Tetravac acellulaire ® R65%, 14,88%
PENTAVALENT	DTCaP-Hib	Infanrix quinta ® R65%, 27,21€ Pentavac ® R 65%, 27,86€
HEXAVALENT	DTCaP-HIB-HepB	Infanrix hexa ® R65%, 39,78€ Hexion ® (depuis le 05/04/2016)
TETRAVALENT à dose réduite en anatoxine diphtérique et AG coquelucheux	dTcaP	Boostrix tetra ® (3 ans et +) R65%, 24,87€ Repevax ® (3 ans et +) R65%, 27,62€ <i>NB : recommandé cependant par le calendrier vaccinal français qu'à partir du rappel des 11-13 ans</i>
Rougeole-oreillon-rubéole		M-M-RVAXPRO ® R65%, 14,67€ Priorix ® R65%, 13,93€
Pneumocoque	23 valences 13 valences	Pneumo 23 ® → Pneumovax ®** (2 ans et +) 21,37€ Prevenar 13 ®
HPV	type 16 et 18 (recombinant)	Cervarix ®
	type 6, 11, 16 et 18 (recombinant)	Gardasil ®
VHB		Engérix B ® 10 et 20 µg Genhevac B ® (rupture 04/11/2016) HBVAX PRO ® 5, 10 et 40 µg
Meningo C		Meningitec ® Neisvac ® Menjugate ® 10 µg

* L'AMM du Boostrix tetra ® a été modifiée en janvier 2017 élargissant l'administration à partir de 3 ans contre 4 ans jusque là.

** Pneumovax est disponible en France en remplacement du Pneumo 23 dont la commercialisation est arrêtée depuis le 5 septembre 2017

Source remboursement et prix : Mesvaccins.net

ANNEXE 5 : LES MODIFICATIONS DU CALENDRIER VACCINAL depuis 2013

source : Romain O, Vié le Sage F, Dufour V, Grimprel E, Guéri N, Cohen R. Depuis le nouveau calendrier vaccinal les rattrapages sont-ils simplifiés ?. Arch. fr. pédiatr. 2015;22(HS2):23-25.

- DIPHTERIE + TETANOS + POLIOMYELITIS

- *diminution du nombre d'injections de primo-vaccination* (2 injections à au moins 2 mois d'intervalle de DTP) et *rapprochement du rappel à 11 mois*
=> schéma 2 + 1

- puis

- . maintien des rappels à 6 ans et 11-13 ans et *suppression du rappel des 16-18 ans*
- . introduction des rappels à *âge fixe* chez l'adulte : 25 ans, 45 ans et 65 ans
- . maintien des rappels tous les 10 ans après 65 ans du fait de l'immunosénescence
=> à partir du rappel des 11-13 ans, il faudra utiliser un vaccin avec *dose réduite d'anatoxine diphtérique* (dTP)

- COQUELUCHE

- il n'existe que des vaccins combinés avec le DTP ou dTP

- *diminution du nombre d'injections de primo-vaccination* (2 injections à 2 mois d'intervalle de Ca) et *rapprochement du rappel à 11 mois*
=> schéma 2 + 1

- puis

- . renforcement de la protection chez l'enfant avec *ajout d'un rappel à 6 ans* et maintien du rappel de 11-13 ans
- . déplacement du *1er rappel à l'âge adulte à 25 ans*, chez les patients n'ayant pas reçu ce vaccin au cours des 5 dernières années, dans le cadre de la stratégie cocooning
=> à partir du rappel des 11-13 ans, il faudra utiliser un vaccin avec *dose réduite d'antigènes coquelucheux* (ca) à l'exception des enfants ayant manqué le rappel des 6 ans qui devront recevoir la dose pleine à 11- 13 ans.

- à partir de 2014, des recommandations sont ajoutées :

- . la 1^{ère} injection doit se faire à 8 semaines précisément, afin de la réaliser le plus tôt possible et d'obtenir une protection précoce
- . pour les personnes âgées de plus de 25 ans, un rattrapage avec un vaccin dTcaP pourra être proposé jusqu'à l'âge de 39 ans révolus
- . un intervalle de 10 ans entre une coqueluche documentée et un vaccin coquelucheux et un intervalle de 1 mois entre un vaccin dTP et un vaccin contenant la valence coqueluche doit être respecté
- . un intervalle de 1 mois doit être respecté entre un dTP et un dTcaP (contre 2 ans auparavant)

- il existe une stratégie de cocooning afin de protéger les nourrissons dans leurs 6 premiers mois de vie ; pour y parvenir, une mise à jour de la vaccination coquelucheuse est recommandée en cas de non vaccination antérieure ou si la dernière vaccination date de plus de 10 ans :

- . chez les adultes avec un projet parental,
- . chez le conjoint, la fratrie et les personnes en contact étroit avant la naissance, puis chez la mère dans le post-partum précoce (pas de contre indication en cas d'allaitement)

- HAEMOPHILUS INFLUENZAE de type b
 - diminution du nombre d'injections de primo-vaccination (2 injections à 2 mois d'intervalle de Hib) et rapprochement du rappel à 11 mois*
 - => schéma 2 + 1, en combinaison avec le DTCaP, sans rappel ultérieur

- HEPATITE B
 - *avancement de la 3^e injection permettant une co-administration à 11 mois (combinaison possible avec le DTCaPHib)*
 - => 3 injections en primo-vaccination sans rappel ultérieur
 - *à partir de 2014, un schéma vaccinal accéléré pour l'obtention d'une protection rapide a été mis en place selon une primovaccination en 3 doses sur 21 jours avec un rappel à 12 mois*

- ROUGEOLE + OREILLONS + RUBEOLE
 - *administration de la 1^{ere} dose à 12 mois quelque soit le mode de garde et 2^e dose à 16-18 mois*
 - *compte tenu de la survenue d'épisodes épidémiques d'oreillons surtout dans les collectivités étudiantes, en juillet 2013 le HCSP a émis un avis recommandant une 3^e dose de vaccin en situation de cas groupés pour les personnes déjà vaccinées par 2 doses et dont la dernière a été administrée il y a plus de 10 ans.*

- PNEUMOCOQUE
 - > *la primo-vaccination :*
 - *enfants sains entre 2 et 6 mois : schéma 2+1 (13 valences) sans rappel ultérieur : avancement de la 3^e injection (rappel) permettant une co-administration à 11 mois (pas de combinaison)*
 - !!! *entre 7 mois et 2 ans : cf rattrapage*
 - *à partir de 2014 :* la 1^{ere} injection doit se faire à 8 semaines précisément afin de la réaliser le plus tôt possible et d'obtenir une protection précoce
 - > *les patients à risque d'infection à pneumocoque nécessitant une revaccination*
 - *à partir de 2017 : plus de distinction entre les formes invasives (méningites et septicémies) et les autres*
 - . *prématurés et nourrissons (< 2 ans) : schéma 3+1 (13 valences) avec 3 injections à 2, 3 et 4 mois et un rappel à 11 mois*
 - . *enfants de 2 à 5 ans,*
 - * *si antérieurement vacciné : 1 injection (23 valences) à l'âge de 2 ans*
 - * *si non antérieurement vacciné : 2 injections (13 valences) à 8 semaines + 1 injection (23 valences) à au moins 8 semaines*
 - . *à partir de 5 ans :*
 - * *si antérieurement vaccinés (13 + 23 valences) : 1 injection (23 valences) au moins 5 ans après la dernière dose*
 - * *si antérieurement vaccinés depuis plus d'1 an avec seulement une dose (23 valences) : 1 injection (13 valences) + 1 injection (23 valences) à au moins 5 ans de la dernière 23 valences*
 - * *si non antérieurement vacciné : 1 injection (13 valences) + 1 injection (23 valences) à 8 semaines*

- MENINGOCOQUE de type C :
 - à partir de 2013 : 1 dose à 12 mois permettant une co-administration avec le ROR
 - à partir de 2017 : introduction transitoire d'une primovaccination à 5 mois suivi d'un rappel à 12 mois pour le vaccin monovalent
- BACILLE de KOCK, BCG : cette vaccination ne fait plus l'objet que de recommandations particulières

ANNEXE 6

les rattrapages et tensions d'approvisionnement EN PRATIQUE

1/ Les rattrapages

- pour DIPHTERIE + TETANOS + POLIOMYELITE + COQUELUCHE + HAEMOPHILUS

→ si absence de vaccination antérieure ou statut vaccinal incomplet

- les vaccins faiblement dosés en diphtérie et tétanos ne permettent pas de primo-vaccination ou de rappel correcte avant 16 ans mais peuvent être utilisés pour le rappel des 11 – 13 ans si ce le rappel précédent des 6 ans a été fait avec un DTCaP

- le nombre de doses d'Hib est fonction de l'âge au moment du rattrapage

- . entre 6 mois et 1 an : 2 doses de primovaccination + 1 rappel
- . entre 1 an et 5 ans : 1 dose
- . au delà de 5 ans : pas de rattrapage

Age début vaccination	Vaccins	Nb de doses	Primo vaccination	Premier rappel	Rappels suivant
1-5 ans	DTCaPolio Hib HB	3 1 3	Mois 0: DTCaPolioHB-Hib (1) Mois 2: DTCa Polio + HB10 (2)	Mois 8 à 12 : DTCaPolio +HB10 (2)	A 6 ans et/ou ≥ 2 ans après 1er rappel : DTCaPolio (3)
6-10 ans	DTCaPolio HB	3 3	Mois 0 et 2 : DTCaPolio +HB10 (2)	Mois 8 à 12 : idem	A 11-13 ans ou ≥ 2 ans après 1er rappel : dtcaP(4)
11-15 ans	DTCaPolio HB	3 2	Mois 0: DTCaPolio (3) + HB20(6) Mois 2: DTCaPolio (3) Mois 6 : HB 20 (6)	Mois 8 à 12 : DTCaPolio (3)	A 25 ans : dtcaPolio (4) puis tous 20 ans
≥ 16 ans	dtcaPolio (4) cf C.I.	3	Mois 0 :dtcaPolio (4) Mois 2 : dtPolio (5)	Mois 8 à 12 : dtPolio (5)	25 ans : dtP (5) Ou dtcaPolio(4) si coq précédant a plus de 10 ans

(1) Hexa (à faire hors AMM après 36 mois) ; (2) Tetra + HB10 ou Hexa moins lyophilisat Hib (à faire hors AMM après 36 mois) ; (3) Infanrix Tetra® ou Tetravac® ; (4) BoostrixTetra® ou Repevax® ; (5) Revaxis® ; (6) Engerix Bzo® ou GenhevaxB®.

TABLEAU 4 : Schéma de rattrapage à proposer pour aligner les vaccinations sur le calendrier vaccinal français postérieur à 2013 (infovac)

→ si statut vaccinal inconnu ou incertain

on contrôle la sérologie tétanique après administration d'une première dose de vaccin :

- réponse faible après une dose de vaccin (< 0,1 UI/L) : pas de vaccination antérieure
=> programme complet de rattrapage
- réponse élevée > 1 UI/L : primo-vaccination antérieure de qualité
=> schéma vaccinal complet, pas de rattrapage
- réponse présente mais insuffisante entre 0,1 et 1 UI/L :
de 0,1 à 0,5 UI/L : refaire 1 dose à + 2 et 6 mois
de 0,5 à 1 UI/L : refaire 1 dose à + 6 mois

- pour le VHB

→ si absence de vaccination antérieure ou statut vaccinal incomplet

Absence certaine de vaccination antérieure	en général	2 injections à 1 mois + 1 rappel à 6 mois
	de 11 à 15 ans	2 injections de 20µ à 6 à 12 mois d'intervalle + pas de rappel
1 dose antérieure	2e dose dès que possible + 1 rappel à 6 mois (sauf si 1 dose à 20µ reçue entre 11 et 15 ans, pas de rappel)	

2 doses antérieures à 1 mois d'intervalle	3e dose à au moins 6 mois
---	---------------------------

→ si statut vaccinal inconnu ou incertain

faire une sérologie initiale puis,

- Ac HbS > 100 UI/L : primo-vaccination antérieure de qualité
- 10 < Ac HbS < 100 UI/L : vaccination antérieure avec incertitude sur la protection à long terme
=> rappel à + 6 mois
- Ac HbS < 10 UI/L : pas de vaccination antérieure
=> refaire un schéma complet

- pour le ROR : à partir de l'âge de 1 an tous les enfants non vaccinés doivent recevoir 2 doses de vaccin à au moins 1 mois d'intervalle (sans tenir compte d'une possible vaccination entre 6 et 11 mois pour prophylaxie après contage)
- pour le PNEUMOCOQUE, en absence de primovaccination antérieure

Enfant de 7 à 11 mois	- 2 doses 13 valences (8 semaines d'intervalle) + rappel 13 valences (à 1 an)
Enfant de 12 à 23 mois	- 2 doses 13 valences (8 semaine d'intervalle) pas de rappel

- pour le MENINGOCOQUE C : le rattrapage concerne les patients de 12 mois à 24 ans révolus avec une dose unique

2/ Les tensions d'approvisionnement

Compte tenu de la population cible de notre étude, ce sont essentiellement les adaptations concernant les vaccins contenant la valence coqueluche qui sont intéressantes :

- primo vaccination du nourrisson :
 - . maintenue en priorisant les vaccins hexavalents dont les besoins ont été couverts à 100% (Infanrix hexa ® de GSK, puis plus récemment Hexyon ® de Sanofi Pasteur – MSD)
 - . de leur côté les besoins en vaccins pentavalents ont été couverts à hauteur de 50% et les besoins en vaccins tétravalents à hauteur de 30% ; ils doivent être réservés aux situations particulières (mères porteuses des AG HbS ou Guyane et Mayotte, entre autre)
- rappel des 6 ans
 - . utilisation des vaccins tétravalents avec doses réduites en anatoxines diphtériques et antigènes coquelucheux (dTCaP type Boostrix tetra ® ou Repevax ®), plutôt réservés habituellement chez l'adulte, mais utilisables à partir de l'âge de 3 ans
 - . puis, rappel à 11 – 13 ans par un vaccin avec doses non réduites en anatoxines diphtériques et antigènes coquelucheux (DTCaP)
- rappel des 11 – 13 ans : décaler le rappel à 13 ans pour attendre la fin de période de tension d'approvisionnement
- stratégie de cocooning et vaccination autour d'un cas de coqueluche :
 - . enfants < 3 ans : utilisation des vaccins hexavalents
 - . enfants > 3 ans, adultes et professionnelles : utilisation des vaccins tétravalents à dose réduites en anatoxine diphtérique et antigènes coquelucheux (en respectant les AMM)

concernant l'âge minimum d'utilisation)

– cas particuliers :

. pour les familles ne souhaitant pas que les nourrissons reçoivent la valence hépatite B, une distribution contingentée des vaccins pentavalents par les pharmacies d'officine a également été mise en place et une distribution prioritaire a également été décidée vers les PMI et centres de vaccination.

. un autre vaccin hexavalent (Hexyon®) dispose depuis le 17 avril 2013 d'une AMM européenne pour la vaccination des nourrissons jusqu'à l'âge de 2 ans. Il est disponible en France en pharmacie d'officine depuis le 5 avril 2016, suite à un avis favorable du HCSP du 20 février 2015 stipulant qu'il « peut être utilisé pour la primo vaccination et la vaccination de rappel du nourrisson selon les schémas actuels figurant au calendrier vaccinal français en vigueur ».

. pour les parents souhaitant ne vacciner leurs enfants que pour les valences obligatoires, le DTVax est en rupture de stock depuis fin janvier 2015. Une équivalence est disponible depuis mai 2015, mise à disposition par le laboratoire Sanofi-Pasteur MSD sur demande du médecin (doses initialement destinées au territoire nord américain faisant l'objet d'une autorisation d'importation, kit DTVax + Imovax Polio ®.)

Source :

Romain O, Vié le Sage F, Dufour V, Grimprel E, Guéri N, Cohen R. Depuis le nouveau calendrier vaccinal les rattrapages sont-ils simplifiés ?. Arch. fr. pédiatr. 2015;22(HS2):23-25.

SERMENT d'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

« Analyse des motifs de retards vaccinaux évoqués par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans : étude qualitative auprès de familles d'enfants suivis par des médecins de premier recours en Gironde. »

RESUME en français :

Introduction : La vaccination est un des outils de santé publique les plus importants jamais mis au point. Son efficacité est sous-tendue au respect du calendrier vaccinal. Ces dernières années, l'existence de retards vaccinaux a été démontrée. Dans un contexte de refonte de la politique vaccinale française, en étudier les caractéristiques, semblait nécessaire. L'objectif principal était donc d'analyser les raisons des retards vaccinaux avancés par les parents d'enfants de 2 mois à 6 ans, suivis par des médecins de premier recours de Gironde depuis janvier 2013.

Méthode : Une étude observationnelle transversale qualitative par 12 entretiens semi dirigés, menés entre juin et novembre 2017, a été réalisée. Un codage axial et ouvert a ensuite été effectué à l'aide du logiciel Nvivo selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Cinq raisons de retards vaccinaux ont été citées : manque d'intérêt et oublis, pénuries et tensions d'approvisionnement, impossibilité d'avancer les frais, événements intercurrents et finalement hésitation. Les parents interrogés n'avaient pas toujours une bonne compréhension de la physiopathologie des maladies à prévention vaccinale et du fonctionnement des vaccins et exprimaient des doutes croissants concernant l'orientation de la balance bénéfique / risque. Dans un climat de défiance par rapport aux industries et aux autorités de santé où le médecin traitant était toutefois encore cité comme personne de confiance, les questions de l'efficacité et de la sécurité de la vaccination étaient des préoccupations de premier ordre.

Conclusion : Il paraît nécessaire, devant la progression des hésitations et la forte demande d'information et de transparence, de renforcer la communication auprès du grand public mais aussi la relation médecin/patient au cabinet, concernant la vaccination en France. La mise en place de l'obligation vaccinale pour 11 valences constitue l'enjeu immédiat de la politique vaccinale française et devra être évaluée.

Titre en Anglais : *Analysis of reasons for vaccine delays reported by parents of children from 2 months to 6 years: qualitative study with families of children treated by primary health care physicians in Gironde (France).*

Discipline : Diplôme d'État de Docteur en Médecine spécialité Médecine Générale

Mots Clés : Retard vaccinal, vaccination à âge approprié, hésitation vaccinale

Intitulé et adresse de l'UFR ou du Laboratoire :

Université de bordeaux

UFR des sciences médicales, Département de médecine générale

146 rue Léo Saignat, Case 148, 33076 Bordeaux cedex