



HAL
open science

Déterminants de l'hésitation vaccinale : thèse qualitative auprès de patients du Sud-Ouest

Tristan Petit

► **To cite this version:**

Tristan Petit. Déterminants de l'hésitation vaccinale : thèse qualitative auprès de patients du Sud-Ouest. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02507871

HAL Id: dumas-02507871

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507871v1>

Submitted on 13 Mar 2020

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Mr **PETIT Tristan**

Né le 02/07/1988 à Orléans

Le 27/09/2019

Titre de la thèse :

**DETERMINANTS DE L'HESITATION VACCINALE : THESE QUALITATIVE
AUPRES DE PATIENTS DU SUD-OUEST**

Directeur de thèse :

Dr VALADE Aurélie

Jury

Pr GAY Bernard Président
Pr PETREGNE François Rapporteur
Dr COUREAU Gaëlle Membre du jury
Dr VALADE Aurélie Directeur de thèse
Dr SARLANGUE Jean Membre du jury

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être rapporteur de thèse. Je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur et Maître de conférences Gaëlle Coureau,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Aurélie Valade,

Pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour m'avoir accompagné et encadré tout au long de ce travail. Merci d'avoir apporté un regard expérimenté lors des différentes étapes de ce travail, en particulier pour le codage, l'analyse et la discussion.

A Monsieur le Docteur Jean SARLANGUE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

A mes parents, qui m'ont permis de m'engager dans ces longues études, pour leur soutien infaillible et inconditionnel tout au long du parcours.

A la famille Petit des Sables, qui m'a toujours encouragé. Un merci particulier à mon frère, Julien, qui a toujours su trouver les mots pour me reconforter dans les moments de doute (« tu as signé, tu sais, maintenant faut assumer »).

A mes amis orléanais, l'Artiste, Vince, Dave, Pops, Monger, Nico, Duc, Adeline, Lil'. Merci pour avoir toujours été là dans les moments importants, bons, ou moins bons, d'avoir toujours répondu présent en cas de besoin. Je sais que quoi qu'il arrive, on pourra toujours compter les uns sur les autres. Une mention à Loulou et Marie, nos éternels vacanciers.

A mes amis tourangeaux, Benou, Jeantin, Marine, Joseph, Aude, Kiki, Gilbert, JT, Nico Tata, Jean Man. Merci pour tous les bons moments passés à vos côtés et à venir j'espère !

A mes acolytes de fac, Benou, Ketur et Duc. Merci pour votre amitié, pour m'avoir aidé à surmonter ces années difficiles, et pour les parties de tarots accompagnées du café de Sylvie. Un clin d'œil à Adeline qui a été la seule à ne pas me lâcher pour les ECN.

A mes amis de l'internat dans le Sud-Ouest, pour leur ouverture et leur gentillesse, Amaury, Coco, Gino, Mich, Vinvin. Et un merci particulier aux tourangeaux du Sud-Ouest qui m'ont fait passé de super moments, Sam, Georges, Marine, Agathe et Sarah.

Aux mimizannais, Edouard, Denis et spécialement aux Vives, Elisabeth et Pierre, qui sont comme une deuxième famille.

A tous mes maîtres de stage. Merci pour votre accueil, pour m'avoir communiqué votre savoir et former tout au long de ces années d'études. Un merci particulier à l'équipe de rhumatologie de Libourne, les Docteurs Vernhes, Chaigne-Delalande et Blanc pour leur compétence et leur gentillesse.

A ma belle-famille, Eliette, Bernadette et Alain.

A ma femme, Sophie, pour ta patience, ton caractère qui t'ont permis de m'accompagner et de me supporter pendant toutes ces années. Mais surtout, pour ton amour et ta tendresse, tout au long du chemin parcouru, et pour tout ce qu'il nous reste à vivre.

Table des matières

I.	Introduction :	7
II.	Recontextualisation :	10
A.	Principes de la vaccination et types de vaccins :	10
1.	Les vaccins vivants ou atténués :	10
2.	Les vaccins tués ou inactivés :	10
3.	Les antigènes vaccinaux purifiés :	11
B.	Les adjuvants :	11
C.	Etat des lieux et épidémiologie vaccinale en France :	12
1.	Politique vaccinale et obligation vaccinale :	12
2.	Couverture vaccinale :	14
3.	Hésitation vaccinale :	15
a)	Définition :	15
b)	Histoire de l'hésitation vaccinale :	16
c)	Le champ de l'hésitation vaccinale :	18
d)	Modèle des 3C de l'hésitation vaccinale :	19
e)	Modèle bidimensionnel :	20
f)	Modèle des déterminants de l'hésitation vaccinale :	21
III.	Méthodologie :	23
A.	L'étude :	23
B.	Participants :	23
C.	Entretiens :	24
D.	Guides d'entretiens :	24
E.	Retranscription des données :	25
F.	Analyse des données :	25
G.	Protection des données et confidentialité :	26
IV.	Résultats :	27
A.	Caractéristiques des interviewés :	27
B.	Recrutement et entretiens :	29
C.	Retranscription et codage :	29
D.	Thématiques :	30
1.	Connaissances sur la vaccination :	31
a)	Principe de la vaccination :	31
b)	Rôle de la vaccination :	31
c)	Connaissance des maladies ciblées :	33
2.	Position vaccinale :	34

3.	Vaccins faisant hésiter :.....	34
4.	Raisons de l'hésitation vaccinale :.....	35
	a) Adjuvants :.....	35
	b) Age :.....	37
	c) Remise en question de l'intérêt vaccinal :.....	38
	d) Habitus.....	41
	e) Doutes émis par le corps médical :.....	41
	f) Nombre de vaccins et vaccins combinés :.....	42
	g) Effets secondaires et toxicité :	42
5.	Méfiance vaccinale :.....	46
	a) Causes et facteurs de résurgence de la méfiance :.....	46
	b) Différents niveaux de méfiance :.....	48
	c) Conséquences de la méfiance :.....	50
6.	L'information vaccinale :.....	51
	a) Les différentes sources d'information :.....	51
	b) Sources dignes de confiance :	53
	c) Sources indignes de confiance :	55
7.	Freins à l'information vaccinale :	56
	a) Difficultés d'information :	56
	b) Information culpabilisatrice :	57
	c) Manque d'information :.....	58
	d) Méconnaissance vaccinale :.....	58
8.	Obligation vaccinale :	59
	a) Compréhension de la loi :.....	59
	b) Position sur l'obligation :.....	60
	c) Gestion de l'obligation :	62
9.	Acceptation et attentes vaccinales :	64
	a) Contenu de l'information :.....	64
	b) Déterminants de l'acceptation vaccinale :.....	65
	c) Personne, institution dignes de confiance pour délivrer l'information :.....	68
V.	Discussion.....	71
A.	Limites et points forts de l'étude :	71
	1. Limites de l'étude :.....	71
	a) Mode de recrutement :.....	71
	b) Mode d'investigation :.....	72
	c) Biais d'interprétation :.....	72

2.	Les points forts de l'étude :.....	73
a)	Type d'étude :.....	73
b)	Mode de recrutement :.....	73
c)	Modalités de l'entretien :.....	74
d)	Données épidémiologiques :.....	74
e)	Le codage et l'analyse :.....	75
3.	Originalité de l'étude :.....	76
B.	Comparaison des principaux résultats avec la littérature :.....	76
1.	Déterminants de l'hésitation vaccinale :.....	76
a)	Connaissance vaccinale et des maladies ciblées par la vaccination :.....	76
b)	Vaccins faisant hésiter :.....	77
c)	Perte de sens de la vaccination :.....	77
d)	Remise en question de l'efficacité vaccinale :.....	78
e)	Minimisation du risque :.....	80
f)	Crainte des effets secondaires :.....	80
g)	Sentiment de sous-déclaration des effets indésirables :.....	82
h)	Impression de manque de recul sur la vaccination :.....	82
i)	Idée de surcharge du système immunitaire :.....	82
j)	La méfiance vaccinale :.....	83
k)	Doutes émis par le corps médical au sujet de la vaccination :.....	84
l)	Les autres facteurs :.....	86
2.	Obligation vaccinale :.....	86
a)	Position concernant l'obligation :.....	86
b)	Impact de l'obligation vaccinale sur les sujets hésitants à vacciner :.....	87
3.	Information vaccinale :.....	88
E.	Acceptation vaccinale et perspectives :.....	90
1.	L'information du public : améliorer le discours et la transparence :.....	90
2.	La lutte contre la désinformation :.....	91
3.	Un engagement plus fort des autorités et de l'Etat sur la vaccination :.....	92
4.	Améliorer l'enseignement de la vaccinologie et la formation médicale :.....	93
VI.	Conclusion :.....	95
VII.	Bibliographie :.....	96
VIII.	Annexes :.....	102

I. Introduction :

Si l'inoculation contre une maladie infectieuse, la variole, était pratiquée il y a plus de 2000 ans en Chine et en Inde, c'est généralement à Edward Jenner, médecin britannique, que l'on attribue l'introduction du concept moderne de la vaccination. Le premier vaccin tire donc son nom de la vaccine, une infection due à un poxvirus. Il est apparu il y a 200 ans, en 1796, lorsque Jenner mit en œuvre la première tentative délibérée de prévenir la variole. En transmettant la vaccine au petit James Phipps et en lui inoculant ensuite la variole, il observe que l'enfant ne développe pas la maladie. Le perfectionnement et la généralisation de la vaccination antivariolique permettront l'éradication de cette maladie en 1980, qui tua des dizaines de millions de personnes à travers l'histoire.

Le principe général de la vaccination n'apparut que 100 ans plus tard grâce aux travaux de Louis Pasteur, en montrant que l'on pouvait utiliser des préparations modifiées de microbes pour stimuler l'immunité contre un germe virulent (1). Ces premiers vaccins sont utilisés sur des animaux d'élevage pour traiter le choléra des poules et le charbon des bovins et des ovins. C'est ensuite en 1885, qu'il développe le vaccin contre la rage, en vaccinant le petit Joseph Meister, mordu par un chien enragé, qui ne développera pas la maladie.

C'est à partir de 1888, en découvrant que l'injection à des cobayes de toxine diphtérique ou tétanique partiellement inactivée les protège contre une inoculation du bacille. Les médecins à l'origine de cette avancée (Roux, Yersin, Behring et Kitasato) permirent notamment grâce à la vaccination antitétanique de sauver des millions de vies durant la première guerre mondiale.

Dans les années 1920, Gaston Ramon constate que lorsque les toxines de la diphtérie et du tétanos sont inactivées par du formol, elles conservent leur capacité à induire l'immunité. Ces « anatoxines » deviendront les constituants de base de nos vaccins antidiphtérique et antitétanique. Ramon découvrira également le rôle des adjuvants, à cette époque des composés d'amidon, qui accroissent considérablement l'efficacité de la vaccination. En 1926, des chercheurs britanniques et allemands obtiendront des résultats supérieurs avec l'hydroxyde d'aluminium, qui sera largement utilisé par la suite.

Dans les années 1930, l'américain Jonas Salk met au point le premier vaccin contre la grippe grâce à des virus atténués cultivés sur un liquide purifié issu d'œuf de poule. En 1954, il réalise le premier vaccin contre la poliomyélite, issu cette fois d'une culture du virus sur un milieu synthétique. Dans les années 1950-1960 se développent également les vaccins à plusieurs valences, notamment le vaccin trivalent diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) et le vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole (ROR).

Les années 1970 marquent un grand pas dans la mise au point des vaccins grâce au virologue Philippe Maupas et à son premier vaccin contre l'hépatite B préparé à partir de l'antigène du virus issu de sang de porteurs de la maladie. Dans les années 1980, deux vaccins contre des infections graves dues à des bactéries (méningocoque C, pneumocoque), notamment responsables de méningites fatales ou à séquelles invalidantes, voient le jour (2).

La vaccination constitue donc le plus grand succès dans la prévention des maladies infectieuses. La protection individuelle et collective conférée par la vaccination a permis de diminuer de façon extraordinaire la morbidité et la mortalité liée aux maladies infectieuses. L'éradication de la variole, l'élimination de la poliomyélite, ou encore la quasi-disparition de la diphtérie, du tétanos, de la rougeole, de la rubéole, ou plus récemment des méningites à *Haemophilus influenza* de type b constituent des preuves indiscutables de l'efficacité de la vaccination.

Et pourtant, depuis le début de l'histoire des vaccins, la vaccination fait l'objet de controverses qui jettent le doute sur son bien-fondé et sur les programmes de vaccination, comme Voltaire l'écrivait déjà au 18^{ème} siècle dans Les lettres philosophiques: « *On dit doucement, dans l'Europe chrétienne, que les anglais sont des fous et des enragés : des fous, parce qu'ils donnent la petite vérole à leurs enfants, pour les empêcher de l'avoir ; des enragés, parce qu'ils communiquent de gaieté de cœur à ces enfants une maladie certaine et affreuse, dans la vue de prévenir un mal incertain. Les Anglais, de leur côté, disent : les autres européens sont des lâches et des dénaturés: ils sont lâches, en ce qu'ils craignent de faire un peu de mal à leurs enfants; dénaturés, en ce qu'ils les exposent à mourir un jour de la petite vérole.*»

L'inquiétude vis-à-vis des risques liés à la vaccination, alors que les maladies contre lesquelles elle protège sont devenues plus rares ou ont disparu, est responsable de réticences et d'hésitation de la part d'une proportion croissante de la population, y compris des soignants (3).

En effet, des interrogations, voire une certaine défiance à l'égard de la vaccination se sont fait jour dans la population française au cours des trois dernières décennies, même si la grande majorité de la population reste très favorable ou favorable à la vaccination.

Si la France n'est pas la seule victime de cette relative désaffection vis-à-vis des vaccins, elle est cependant particulièrement touchée. Cela se traduit sur le plan épidémiologique en France par :

- une couverture vaccinale insuffisante de la seconde dose contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, de la vaccination contre le méningocoque C des enfants, des rappels Diphtérie-Tétanos-Polio (DTP) de l'adolescent et de l'adulte, de la vaccination contre l'hépatite B auprès des adolescents et des adultes à risque (4,5,6),
- une couverture vaccinale extrêmement basse et en baisse constante contre le papilloma virus (HPV) de l'ordre de 17%.
- une baisse récente de la couverture vaccinale concernant la vaccination contre la grippe saisonnière (5,6),
- la résurgence épidémique de maladies infectieuses graves et très contagieuses, comme la rougeole en 2011 suivie d'autres pics épidémiques comme celui de 2018 en Nouvelle Aquitaine, du fait de l'existence de nombreux enfants et jeunes adultes non correctement vaccinés (7),
- des cas de décès dramatique qui auraient pu être évités :

Ces mauvais résultats épidémiologiques concernant la vaccination sont probablement en partie liés à des messages de défiance diffusés sur les réseaux sociaux, la publication d'ouvrages à destination du grand public ou des campagnes de communication concernant le manque d'innocuité de certains vaccins (vaccin anti-hépatite B, vaccin anti-HPV, vaccins contenant des adjuvants à base de sels d'aluminium) et la mise en doute de la probité des laboratoires pharmaceutiques fabriquant et commercialisant ces vaccins. Cela a pour conséquence, chez certains, la survenue d'une hésitation (refus, retard ou doute persistant) à l'égard de tel ou tel vaccin, mais de façon encore plus préoccupante cela s'observe aussi chez certains professionnels de santé, (notamment infirmier/es mais également médecins généralistes), ainsi que le révèle une série récente d'enquêtes d'opinion (8). Environ 40% des Français déclarent en effet douter aujourd'hui de la sécurité des vaccins, cette proportion variant selon les vaccins (9). Plus souvent que d'opposition franche à la vaccination, on peut parler de réticences ou d'hésitations (« vaccine hesitancy » en anglais).

Cela a conduit à notre travail avec comme question de recherche :

Quels sont les déterminants de l'hésitation vaccinale chez des parents ayant des enfants en âge d'être vaccinés ?

L'objectif principal est de mettre en évidence les freins à la vaccination.

Secondairement nous souhaitons appréhender la façon dont est perçue l'extension de l'obligation vaccinale, évaluer la compréhension de la loi à son origine, ainsi que la façon dont les parents vont la gérer.

Nous souhaitons également identifier les sources d'informations sur la vaccination utilisées par les parents ainsi que leurs attentes en termes d'information vaccinale.

II. Recontextualisation :

A. Principes de la vaccination et types de vaccins :

La pénétration d'un agent « pathogène » (virus, bactérie, etc.) dans l'organisme détermine une infection. La vaccination anti-infectieuse consiste à introduire chez un individu une préparation antigénique dérivée de ou similaire à l'agent infectieux, de manière à lui faire produire une réponse immunitaire capable de le protéger contre les aléas de l'infection naturelle et cela de façon durable.

L'idée de l'immunisation est ancienne. Elle a débuté au XVIII^{ème} siècle par la vaccine pour prévenir la variole. Par la suite, de nombreux autres vaccins ont été réalisés et l'amélioration des techniques (cultures, génie génétique, immunologie, etc.) a abouti à de nombreux perfectionnements d'une production accrue et diversifiée. (10)(Tableau 1)

Les vaccins miment certaines des caractéristiques immunogènes des agents infectieux : ils induisent les mêmes défenses immunitaires protectrices que l'infection naturelle. L'objectif de la vaccination préventive est de réaliser cette immunisation avant tout contact avec l'agent pathogène ; la vaccination exploite la mémoire du système immunitaire et sa réactivité plus grande lors d'un contact ultérieur avec l'agent infectieux de manière à prévenir des manifestations pathologiques.

Si, dans la population, la proportion de personnes immunisées est suffisante pour que l'arrivée d'un individu infecté ne déclenche pas plus d'un seul cas secondaire, on peut considérer que cette infection est « éliminée ». Il est même possible d'envisager « d'éradiquer » une maladie infectieuse, c'est-à-dire de la faire disparaître de la surface du globe comme ce fut le cas pour la variole. On se vaccine pour soi-même, mais aussi pour protéger ses enfants, ses proches, ses voisins et les autres membres de la collectivité, il s'agit du principe de la vaccination altruiste. (Annexe 1)(11)

Il existe actuellement 3 grands types de vaccins (Tableau 2) :

1. Les vaccins vivants ou atténués :

Ils sont constitués d'agents infectieux vivants, mais modifiés pour perdre de leur virulence. Ils créent donc une infection à minima, très proche de l'infection naturelle mais sans ses dangers. Ce type de vaccin entraîne généralement une très bonne réponse immunitaire. Mais en raison de la nature vivante de l'agent utilisé, ce type de vaccin est contre-indiqué chez les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées. (10)

Il s'agit des vaccins contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle, la tuberculose, le rotavirus, la fièvre jaune et le vaccin anti-poliomyélite oral.

2. Les vaccins tués ou inactivés :

Ils ne contiennent pas d'agents infectieux vivants et ne créent pas d'infection à minima. La réponse immunitaire obtenue après une seule injection n'est généralement pas suffisante pour obtenir une protection efficace, il faut pratiquer des injections de rappel.

3. Les antigènes vaccinaux purifiés :

Les antigènes vaccinaux peuvent être des protéines responsables d'une activité du pathogène (toxines tétanique et diphtérique), inactivées avant leur administration (anatoxines) mais présentant la même immunogénicité. Il peut également s'agir de protéines cibles des anticorps protecteurs (hépatite B). (12)

B. Les adjuvants :

Le mot vient du latin « adjuvar » qui signifie aider, assister.

Les adjuvants sont des substances ajoutées dans le vaccin (principalement les vaccins à sous-unités vaccinales) pour optimiser la réponse immunitaire. Leur utilisation permet d'augmenter l'efficacité et la durée de la protection contre la maladie. (11)

Sur le plan immunologique, comme l'ont montré Beutler, Hoffmann et Steinman, prix Nobel de médecine en 2011, les macrophages et cellules présentatrices d'antigène (CPA) possèdent des récepteurs appelés PRR (Pathogen Recognition Receptor) capables de détecter certaines molécules propres aux agents infectieux appelées PAMPs (Pathogen Associated Pattern). L'ensemble PAMP et PRR constitue un complexe intracellulaire, l'inflammasome permettant d'activer la production de cytokines et l'initiation des réponses immunes. Contrairement aux vaccins vivants, les vaccins inactivés et ceux sub-unitaires sont dépourvus de PAMPs. Les adjuvants en activant les PRR permettent de compenser l'absence de PAMPs de ce type de vaccin. L'activation des PRR déclenche une première vague d'immunité innée nécessaire à l'élaboration d'une réponse immune efficace et de longue durée médiée par les anticorps et les lymphocytes B et T. Par ailleurs, les adjuvants permettent de guider la réponse immune en fonction du type de pathogène.

Les adjuvants vaccinaux permettent d'augmenter l'intensité et la durée de la réponse immunitaire post-vaccinale que ce soit dans la population générale ou chez des individus ayant un système immunitaire diminué (jeunes enfants, personnes âgées, patients sous traitements immunodépresseurs ou souffrant de maladies touchant le système immunitaire).

Ensuite, ils ont l'avantage de réduire la quantité d'antigène nécessaire dans la préparation vaccinale et le nombre d'injection tout en développant relativement rapidement une protection immunitaire suffisante et durable. Comme il faut moins d'antigènes et moins d'injections, les adjuvants permettent de réduire le coût de la vaccination.

Enfin, les adjuvants donnent l'occasion de développer de nouveaux vaccins pour des maladies où le développement d'un vaccin vivant atténué est impossible et où les vaccins inertes n'entraînent pas une réponse immunitaire suffisante.

Leur nature (mycobactéries tuées, huiles, sels d'aluminium, microparticules, squalènes, ligands des récepteurs de l'immunité innée...) et leurs mécanismes d'action peuvent être en fait très variables. Il existe plusieurs sels d'alun, l'hydroxyde d'aluminium et le phosphate d'aluminium, n'ayant pas la même efficacité. L'alun, utilisé par exemple pour les vaccins « toxiques » (tétanos, diphtérie), permet un dépôt local et une agrégation des protéines vaccinales. Dans ces préparations la concentration en adjuvant est cruciale. En effet si on note une augmentation de l'immunogénicité du vaccin avec l'augmentation de la concentration de l'aluminium, une trop forte concentration peut réduire cette

immunogénicité en recouvrant et en masquant totalement les antigènes vaccinaux. L'utilisation d'alun permet d'obtenir une efficacité supérieure à la protéine seule en primo-vaccination mais pas lors des rappels. (12)

Les sels d'aluminium (phosphate et surtout hydroxyde d'aluminium) figurent parmi les adjuvants les plus utilisés dans le monde avec un recul d'utilisation de 90 ans et des centaines de millions de doses injectées. (13)

Actuellement, environ 60% des spécialités vaccinales contiennent un adjuvant (Tableau 3). (14)

Les conservateurs sont utilisés pour assurer la qualité des vaccins, notamment pour empêcher la contamination du vaccin (par une bactérie) ou pour améliorer la conservation du vaccin (résistance à la chaleur).

C. Etat des lieux et épidémiologie vaccinale en France :

En France, la politique vaccinale est sous la responsabilité du Ministère de la Santé après avis du Comité Technique des Vaccinations (CTV) au sein du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Il en résulte un calendrier vaccinal régulièrement mis à jour. (15) (Annexe 2)

1. Politique vaccinale et obligation vaccinale :

La France présente la particularité d'avoir des obligations vaccinales et ce depuis 1902 (variole). De 1938 à 1964, d'autres vaccinations ont été rendues obligatoires en population générale, à savoir la diphtérie, le tétanos, la tuberculose et la poliomyélite. Les raisons de cette obligation étaient le caractère épidémique de ces maladies, leur gravité (avec une mortalité élevée) et la volonté de rendre le vaccin accessible à tous. Après celle de la variole en 1984, l'obligation de la vaccination par le BCG a été suspendue en 2007.

En France avant le 1^{er} janvier 2018, seules les vaccinations pour la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite étaient obligatoires, pour les injections du 2^{ème}, 4^{ème} et 11^{ème} mois. Contre la poliomyélite, l'extension de l'obligation concernait les rappels à 6 ans et entre 11 et 13 ans.

La distinction entre vaccin obligatoire et recommandé est uniquement liée à l'histoire de la vaccination en France puisqu'initialement, les vaccinations obligatoires étaient destinées à combattre des maladies qui constituaient des fléaux sanitaires (poliomyélite, diphtérie, variole, tétanos, tuberculose), et que le législateur voulait que ces vaccinations soient accessibles à tous.

Les vaccins plus récents (depuis 1964) ont été recommandés et non rendus obligatoires car les autorités sanitaires ont estimé que le recours à la vaccination n'en serait pas affecté.

Cependant, l'épidémie récente de rougeole entre 2008 et 2014 avec plus de 23 000 cas déclarés en France, plus de 30 encéphalites et 10 décès, était par exemple liée à l'insuffisance de la couverture vaccinale pour cette maladie.

Et devant une couverture vaccinale insuffisante pour certaines vaccinations, la réapparition d'épidémies et à la suite des recommandations émises à l'issue de la concertation citoyenne organisée en 2016 (16), le ministère de la Santé a recommandé, en juillet 2017, d'élargir l'obligation vaccinale à

huit vaccins supplémentaires chez les bébés de moins de 2 ans : coqueluche, *Haemophilus influenzae b*, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole.

Ces huit vaccins, dont bénéficie déjà la grande majorité des enfants, sont donc devenus obligatoires chez les enfants de moins de 2 ans, nés à partir du 1er janvier 2018. (17) (Annexe 2)

Les vaccins recommandés sont donc tout aussi importants et nécessaires que les vaccins obligatoires ; ils sont simplement plus récents. Ils permettent aussi de lutter contre des maladies graves voire mortelles chez les enfants et les adultes, qu'elles soient d'apparition rapide (par exemple certaines méningites ou septicémies) ou retardée (certains cancers).

Cependant, cette distinction a plusieurs conséquences :

- Les vaccinations obligatoires sont exigibles pour l'entrée en collectivité (école, crèche, centre de vacances), par conséquent un enfant non vacciné avec les vaccins obligatoires ne pourra être admis dans ces collectivités.
- Les parents (ou les titulaires de l'autorité parentale) d'enfants n'ayant pas reçu ces vaccinations obligatoires peuvent faire l'objet de poursuites pénales.
- L'indemnisation en cas d'effets indésirables imputables à la vaccination est différente selon le caractère obligatoire ou non du vaccin.

Par ailleurs, certaines vaccinations, qui ne sont pas obligatoires pour la population générale, le sont pour différentes professions : professionnels de santé et étudiants des professions de santé, personnels de laboratoire, égoutiers, vétérinaires, personnels travaillant dans les transports sanitaires, dans l'alimentation, thanatopracteurs (métier consistant à prodiguer les soins de conservation aux défunts), personnels des établissements médico-sociaux, etc.

Sur le plan légal, le professionnel de santé, comme tout citoyen, est dans l'obligation de respecter la loi.

« En dehors de situations qui restent exceptionnelles (contre-indications reconnues), le fait de ne pas proposer les vaccinations obligatoires, ne pas avoir expliqué les conséquences du refus de vaccination et ne pas avoir assuré la traçabilité du refus des parents, entraîne la responsabilité du professionnel. Le professionnel peut être poursuivi devant les instances disciplinaires statutaires ou ordinaires sur la base du non-respect des articles R. 4127-2, R. 4127-12, R. 4127-43 et R. 4127-49 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, la production d'un faux certificat médical constitue un délit sanctionné par une peine pouvant aller jusqu'à trois ans de prison et 45000 euros d'amende (article 441-1 du Code pénal) ». (18)

Quant aux parents, « La sanction pénale spécifique au refus de vaccination est supprimée. Cependant, parce que ne pas faire vacciner son enfant le met en danger et peut mettre en danger les autres, le fait de compromettre la santé de son enfant – ou celui d'avoir contaminé d'autres enfants par des maladies qui auraient pu être évitées par la vaccination – pourront toujours faire l'objet de poursuites pénales ». (18)

2. Couverture vaccinale :

La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle est le rapport entre le nombre de personnes correctement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises, et le nombre total de personnes qui auraient dû l'être dans la même population.

La couverture vaccinale est estimée à travers différents dispositifs qui varient selon l'âge. Les certificats de santé de l'enfant établis aux âges de 9 et surtout de 24 mois par le médecin traitant sont les principales sources de données de couverture vaccinale chez le nourrisson. Il s'agit d'un dispositif de routine à travers lequel des données vaccinales remontent depuis les départements pour être ensuite agrégées et analysées au niveau national. Chez l'enfant entre 2 et 15 ans, la couverture vaccinale est estimée à travers un cycle d'enquêtes scolaires, réalisées alternativement auprès des enfants des classes de grande section de maternelle (6 ans), de cours moyen 2ème année (11 ans) et de classe de 3ème (15 ans). (19)

En 2016, les objectifs de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique (au moins 95 % pour toutes les vaccinations, exceptée la grippe : 75 %) (20) n'étaient pas atteints pour la plupart des vaccinations pour lesquelles les données de couverture vaccinale étaient disponibles.

Cependant, ces objectifs sont à pondérer puisque le seuil d'immunité de groupe varie d'une maladie vaccinable à l'autre. Ce seuil est par exemple de 80% pour la diphtérie, mais s'élève à 94% pour la rougeole. (Tableau 4, (21))

- Certaines couvertures vaccinales sont élevées avec un objectif de 95% atteint :

En 2016, à l'âge de 24 mois, c'est le cas pour la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* de type b.

Le pneumocoque arrive à 91,8% pour les 3 doses obligatoires.

- Des couvertures vaccinales insuffisantes et stables :

En 2016, à l'âge de 24 mois, la 1^{ère} dose de vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) est estimée à 90,3%,

Le rappel pour la coqueluche à l'adolescence (70 %), la couverture vaccinale de l'hépatite B chez les adolescents (50 %), les rappels DTP chez l'adulte (50 %), le vaccin ROR 1ère dose (91 %).

- Des couvertures insuffisantes mais en progression :

L'hépatite B chez le nourrisson arrive à 90% en 2016 (contre 51% en 2009).

Le vaccin ROR 2ème dose est quant à lui à 80% de couverture (contre 61% en 2010). Ce qui reste tout à fait insuffisant, malgré une hausse de près de 20% en 6 ans, puisque le seuil d'immunité se situe à 94%.

Concernant la vaccination contre le méningocoque C, elle se situe à 70% à 2 ans. Cependant elle n'a été introduite sur le calendrier vaccinal qu'en 2010. Nous ne parlons pas ici des 2 doses puisqu'elles ont été intégrées au calendrier vaccinal en 2017. Par contre, on observe une forte décroissance de ce taux qui atteint 26 % pour la tranche 15-19 ans, et seulement 5,4 % chez les 20-24 ans.

- Des couvertures insuffisantes et en diminution :

La couverture vaccinale pour le papilloma virus est de 17% pour 3 doses à 16 ans en 2014, alors qu'il était de 27% en 2010.

On a assisté au même phénomène pour la vaccination antigrippale, suite à l'apparition du nouveau virus pandémique H1N1 en 2009-2010. En effet, la couverture globale était alors de 64%, pour chuter à 52% en 2013-2014.

Du fait de cette couverture insuffisante pour certaines vaccinations, on voit réapparaître des épidémies de certaines maladies qui auraient pu être évitées si les objectifs de couverture vaccinale avaient été atteints. En reprenant l'exemple de la rougeole, l'épidémie entre 2008 et 2014 a mené à la déclaration de plus de 23 000 cas en France. On dénombre 21 décès dus à la rougeole depuis 2008. On assiste également à une nouvelle recrudescence des cas déclarés depuis novembre 2017 à savoir 913 au 12 mars 2018. (21)

3. Hésitation vaccinale :

a) *Définition :*

Le groupe de travail portant sur l'hésitation vaccinale dépendant du groupe SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) de l'OMS définit la notion en ces termes: « Par hésitation à l'égard des vaccins, on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il inclut certains facteurs comme la suffisance, la commodité et la confiance ». (22)

Avant l'utilisation de la terminologie « hésitation vaccinale », en 2015, il était plutôt d'usage de définir ce comportement envers les vaccins en utilisant les expressions « résistance » ou « opposition à la vaccination ».

Cette définition prend du sens car la couverture vaccinale dépend de nombreux facteurs, dont l'accessibilité de la vaccination qui peut être perturbée par une rupture d'approvisionnement, une distance trop importante pour atteindre les centres d'immunisation, une absence de programme de communication et une dégradation des services de santé pratiquant la vaccination due à un conflit ou à une catastrophe naturelle. En revanche, l'hésitation vaccinale est un facteur de plus en plus important impactant la couverture vaccinale directement dans des pays où cette accessibilité à la vaccination n'est pas touchée (23).

On ne peut donc pas complètement évaluer l'hésitation vaccinale à partir des chiffres de couverture vaccinale puisqu'elle n'est qu'un facteur qui influence parmi d'autres la couverture vaccinale. Par exemple, un retard ou une non-vaccination peut être dû à autre chose qu'à une réflexion personnelle sur la vaccination (procrastination, oubli, négligence). (24)

Dans une revue critique de la littérature, Peretti-Watel P et al élargissent la définition de ce phénomène et proposent de « considérer l'hésitation vaccinale comme un processus de décision influencé par la confiance que les personnes placent dans les autorités de santé et la médecine classique, et leur degré d'engagement dans le « santéisme » (propension à contrôler ses comportements de santé pour augmenter son espérance de vie, en utilisant les informations officielles sur la santé) ». (24)

b) Histoire de l'hésitation vaccinale :

L'hésitation vaccinale n'est pas une nouveauté, elle est apparue de façon concomitante à l'instauration des programmes de vaccination à savoir dès le 18^{ème} siècle comme a pu le rapporter Voltaire dans son écrit, les lettres philosophiques en 1734.

Les premières campagnes de vaccination mises en œuvre en Europe ou en Amérique ont très souvent rencontré des réactions de méfiance voire de rejet de la part des populations concernées (25). Ainsi, l'administration napoléonienne fut amenée au début du XIX^{ème} siècle à mettre en place une censure assez rigoureuse de la presse en raison de l'hostilité croissante aux programmes de vaccination contre la variole qui s'exprimait notamment à travers la publication de nombreuses caricatures particulièrement désobligeantes pour le corps médical (Figure 1). En 1885, l'instauration d'une vaccination obligatoire contre la variole fut également à l'origine de violentes émeutes urbaines à Leicester en Angleterre. Le même phénomène, auquel les historiens brésiliens ont donné nom de « La revolta da vaccina », fut observé à Rio de Janeiro en 1904 lors d'une campagne de vaccination obligatoire décrétée par le célèbre Oswaldo Cruz.

Plus récemment, la mise en place en 1976 d'une campagne de vaccination de masse contre la grippe porcine H1N1 par l'administration du Président Gérald Ford à la suite de l'hospitalisation d'une dizaine de recrues de la garnison de Fort Dix, dans le New Jersey, provoqua une importante controverse médicale en raison d'une augmentation considérable de cas de syndromes de Guillain-Barré (26). Cette controverse conduisit à la suspension précoce de la campagne aux États-Unis, ce qui lui valut le nom de « Swine flu fiasco ».

En France, l'instauration de l'obligation vaccinale est mise en vigueur avec la loi de 1902 (27). Mais il faut attendre l'introduction de nouvelles vaccinations obligatoires pour voir la naissance d'une véritable opposition à la vaccination. C'est au moment où les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la tuberculose et la poliomyélite ont été rendus obligatoires entre 1935 et 1964 que les mobilisations contre la vaccination se sont faites plus présentes en France.

C'est en 1954, que naît la première ligue contre la vaccination en France. Elle regroupe alors l'association de médecins Libre Santé et l'association de défense des parents de victimes des vaccinations et des membres du mouvement Vie Claire. Elle prendra ainsi le nom de Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations (LNPLV). Les arguments étaient les mêmes que ceux utilisés au XIX^{ème} siècle en Angleterre, à savoir les accidents vaccinaux et l'affaiblissement des défenses immunitaires dû à la multiplicité des vaccins.

La controverse la plus importante en France débuta en 1994. Les autorités sanitaires lançaient alors une campagne de vaccination contre l'hépatite B, avec un rapide succès. Cependant, des cas d'atteintes neurologiques graves, présentés comme dus au vaccin furent signalés et plusieurs associations firent part de leur défiance envers le vaccin. L'importante médiatisation de ces cas et les nombreuses polémiques engendrées ont conduit le gouvernement de cette époque à suspendre, le 1er octobre 1998, la campagne de vaccination en milieu scolaire, malgré l'absence de preuves scientifiques concernant un lien entre vaccination et effets indésirables graves.

Une autre controverse récurrente concerne l'utilisation des sels d'aluminium comme adjuvants. Celle-ci est particulièrement importante en France depuis l'introduction des vaccins contre le méningocoque C et contre les infections à HPV. Cependant ces sels sont présents dans la plupart des vaccins (DTP, pneumocoque etc.). Ils sont accusés d'être responsables de maladies auto-immunes, de maladies musculaires et de syndromes neurologiques.

Cette polémique est réapparue en 1998 après la description d'une lésion au niveau du site d'injection intramusculaire du vaccin anti-hépatite B, avec des inclusions de cristaux d'aluminium dans des macrophages (la myofasciite à macrophage) (28). Dans leur publication, les auteurs ont remis en cause la sécurité des vaccins contenant un adjuvant aluminique. En effet, ils ont imputé à l'aluminium un rôle dans la déclaration d'atteintes auto-immune neurologiques.

Toujours en 1998, The Lancet publie une étude remettant en cause l'innocuité du vaccin ROR réalisée par le chirurgien Andrew Wakefield. Le travail porte sur 12 enfants et conclut que le vaccin ROR est responsable d'un tableau combinant un autisme et des troubles digestifs (« autistic enterocolitis »). Cette article sera très largement relayé par la presse britannique et entraînera au Royaume-Uni une baisse importante de la couverture vaccinale du ROR dès l'année 1998, provoquant la résurgence de la rougeole (29). Cependant les conclusions ont été progressivement remises en cause. En effet, aucune des études menées sur des populations importantes ne mettait en évidence de lien entre la vaccination contre le ROR et des troubles du spectre autistique. De plus, les données présentées dans l'article résultaient d'une fraude, puisque les enfants ne présentaient aucunes lésions digestives, le délai entre la vaccination et les signes d'autisme n'étaient pas celui qu'avaient rapporté les parents, et leur inclusion dans l'étude résultait de la volonté de leurs parents de poursuivre le fabricant du vaccin et non de la constatation d'un état clinique particulier. L'article finira par être désavoué par la revue britannique en 2010 suite aux travaux d'investigations du journaliste Brian Deer, montrant qu'« A. Wakefield était rétribué avant la parution de son article par un cabinet d'avocats, dans le but d'asseoir un lien scientifique entre la vaccination et une maladie, ce qui faciliterait la mise en œuvre d'une plainte à grande échelle ». Et qu'il « prévoyait de commercialiser un test de dépistage pour « l'entérocolite autistique », test dont la rentabilité était estimée à plusieurs dizaines de millions de livres par an ».

En 2010, lors de la campagne massive de vaccination contre la grippe H1N1, une nouvelle controverse vaccinale autour des adjuvants vit le jour, du fait de la présence de thiomersal (éthylmercure). Ce conservateur permet de prévenir la contamination et de stabiliser le vaccin qui n'était alors disponible qu'en conditionnement multidoses. Cette substance était accusée d'être responsable de déficits neuropsychologiques et d'affections rénales depuis la fin des années 1990 aux Etats Unis. Le Comité consultatif mondial de la sécurité vaccinale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait infirmé ce risque lors d'une réunion spéciale en août 2000 puis dans ses relevés épidémiologiques hebdomadaires en 2002, 2003 et 2005. Les différentes études sur le sujet n'ont pas confirmé l'existence d'une association causale entre l'exposition précoce à cette substance et des problèmes neuropsychologiques ultérieurs, notamment l'autisme (30).

En 2013 et 2014, c'est le vaccin contre le papilloma virus qui a fait l'objet de nouvelles polémiques (31). D'une part, la première polémique issue du grand public concernait la dangerosité du vaccin suite à la survenue de cas de maladies auto-immune après la vaccination, relayés notamment par les avocats des victimes. Cependant, les études réalisées en France et dans le monde plaident toutes pour des coïncidences temporelles (32). D'autre part, la seconde polémique, relayée par environ 500 professionnels de santé signataires d'une pétition, concernait l'absence de preuve d'efficacité du vaccin, l'existence d'un autre mode de prévention (le frottis cervico-vaginal) et le coût trop élevé de celui-ci. Ces deux polémiques ont eu pour effet de faire diminuer la couverture vaccinale malgré l'abondance des preuves scientifiques abondant dans le sens de la vaccination.

La polémique la plus récente apparaît en 2015 et concerne le vaccin contre le DTP. Cette controverse initiée par le Professeur Henri Joyeux (33), concernait l'absence de disponibilité du vaccin DTP seul mais également des tétravalents (DTP, coqueluche) et pentavalents (DTP, coqueluche, *Haemophilus influenzae*), ne laissant pas le choix aux parents pour la vaccination de leurs enfants, n'ayant recours

qu'au vaccin hexavalent contenant en plus le vaccin contre l'hépatite B. Ce vaccin est l'Infanrix Hexa®. Le Professeur Joyeux en profite pour faire renaître les polémiques concernant à la fois la présence d'aluminium pouvant causer la myofasciite à macrophage, et la présence du vaccin contre l'hépatite B soupçonné d'un lien avec la sclérose en plaques. Cette polémique a connu une couverture médiatique importante et semble avoir trouvé un large écho auprès du public avec plus de 300 000 signatures récoltées en quelques jours. Le nombre de signataires est actuellement de plus de 1140000 personnes.

c) *Le champ de l'hésitation vaccinale :*

Le groupe de travail SAGE de l'OMS décrit le champ de l'hésitation vaccinale comme un « continuum » (Figure 1). Il s'agit de partir d'un extrême, où la vaccination est acceptée complètement, à l'autre où l'on observe un refus catégorique. Entre ces deux positions, on retrouve une population intermédiaire, acceptant certains vaccins mais en refusant d'autres, ou les retardant. On note également deux sous-groupes où les populations peuvent accepter ou refuser la vaccination, mais exprimer des doutes. Le continuum n'est pas simplement linéaire, les populations que ne sont ni pour ni contre n'ont pas un avis intermédiaire, mais il dépend entre autres du vaccin ou du contexte. (22,34)

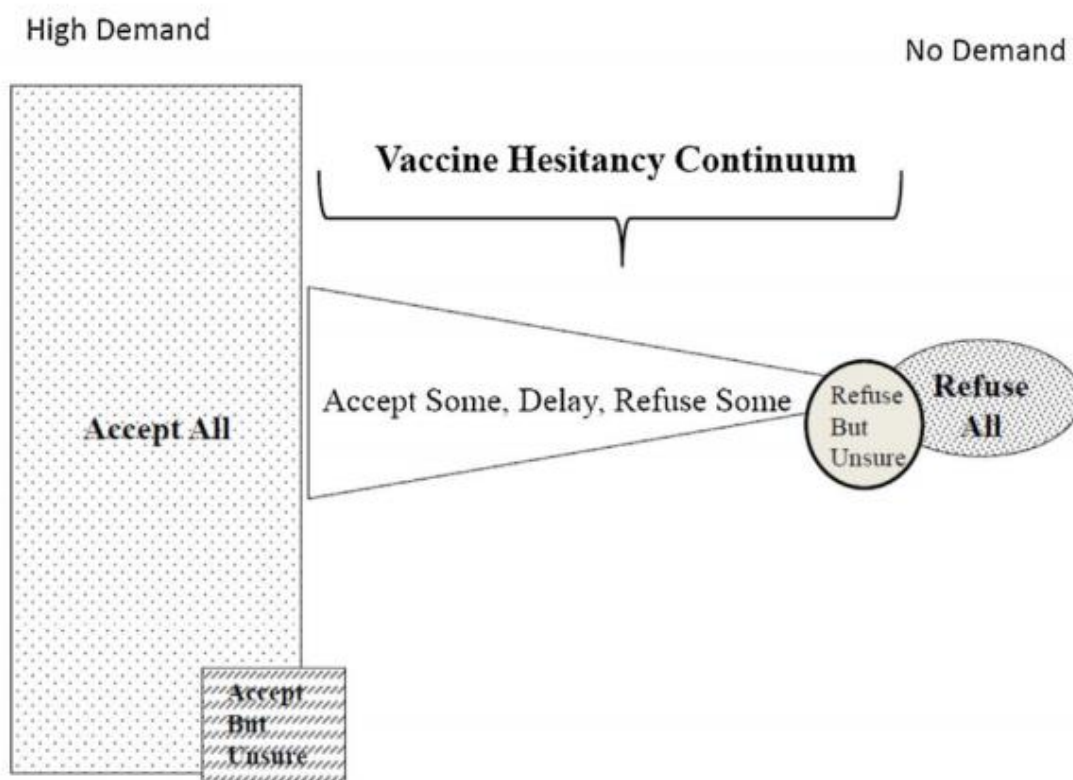


Figure 2 : Le « continuum » de l'hésitation vaccinale entre acceptation complète et refus catégorique.

d) *Modèle des 3C de l'hésitation vaccinale :*

L'acceptation de la vaccination est un comportement résultant d'un procédé complexe de prise de décision qui peut être influencé par un nombre étendu de facteurs.

En 2011, le groupe de travail communication vaccin de l'OMS Europe propose le modèle dit des 3C (Figure 3)(35). Ce modèle a été créé dans le but de faciliter la compréhension et l'approche du terme « hésitation vaccinale ». Ce modèle souligne 3 catégories, la complaisance (complacency), la confiance (confidence) et la commodité (convenience).

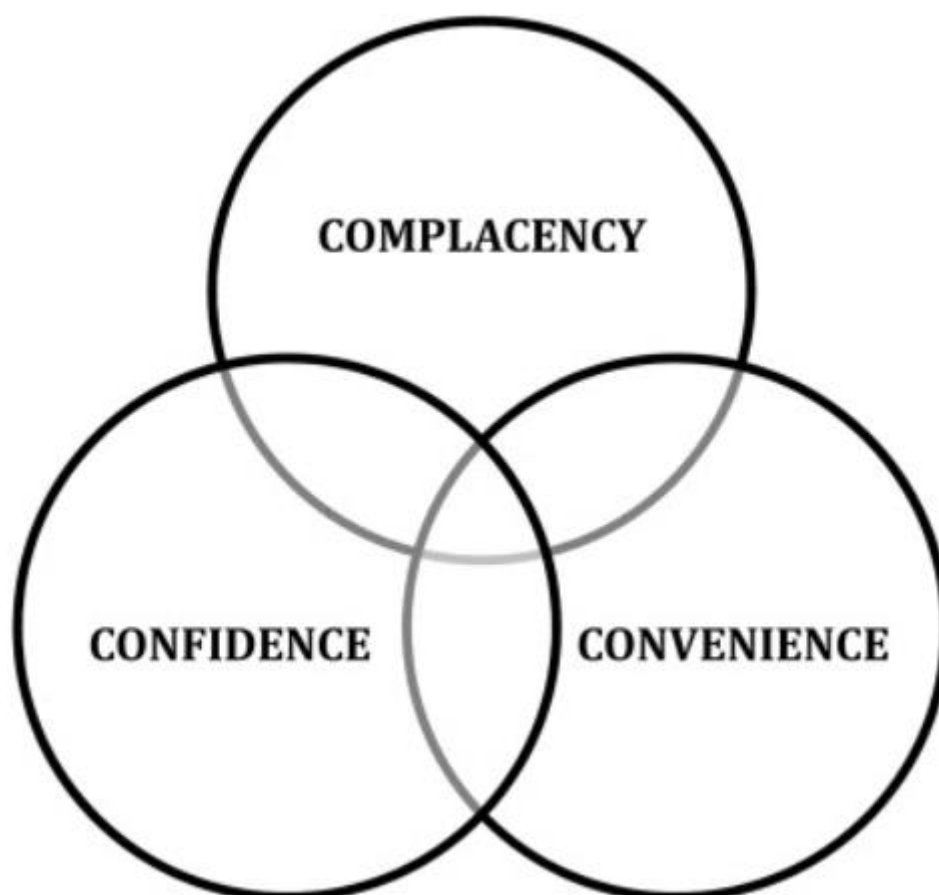


Figure 3 : Le modèle des 3C de l'hésitation vaccinale.

« Confidence » est définie par la confiance en l'efficacité et la sécurité des vaccins. Elle représente aussi la confiance pour le système qui réalise, incluant la fiabilité et la compétence des services et professionnels de santé. Elle correspond également à la confiance envers les motivations des politiques décisionnels sur les besoins vaccinaux.

La complaisance, ou « sous-estimation » du danger, existe quand les risques perçus vis à vis de pathologies prévenues par la vaccination sont faibles et que la vaccination contre cette maladie ne semble plus être un acte préventif justifié ou nécessaire. La complaisance à propos d'un vaccin spécifique ou de la vaccination en général est influencée par de nombreux facteurs, notamment

d'autres responsabilités de vie ou de santé qui semblent plus importantes à un moment donné. Le succès des programmes de vaccination peut, de façon paradoxale, résulter dans la complaisance et finalement, l'hésitation. C'est le cas quand certaines personnes considèrent les risques d'un vaccin particulier plus importants que les risques de la maladie elle-même. C'est notamment le cas lorsque la maladie en question n'est plus commune.

La commodité est un facteur significatif quand la disponibilité, l'accessibilité en matière de prix, l'accessibilité géographique, la faculté de compréhension (langue et littérature médicale) et l'incitation des services de vaccination affectent l'adhésion.

La qualité des services de santé (réel ou perçus) influe également sur la décision de se faire vacciner et par extension sur l'hésitation vaccinale. Les critères de qualité divergent selon le contexte, mais ils peuvent s'appliquer entre autres sur les vaccinateurs et les lieux de vaccination.

Un exemple pour illustrer la relation entre le facteur commodité et hésitation vaccinale est la difficulté d'approvisionnement qui a touché les vaccins pentavalents, tétravalents ainsi que les vaccins Meningitec® en 2015 et 2016 en France, avec un impact sur l'hésitation vaccinale. Le seul vaccin facilement disponible contenant les valences obligatoires diphtérie, tétanos et poliomyélite ainsi que les 2 valences recommandées *Haemophilus* et coqueluche est alors le vaccin hexavalent contenant la valence hépatite B. Il est probable que le fait de ne plus avoir « le choix » (la vaccination pour l'hépatite B devenant de fait obligatoire) ait donné aux parents l'impression que leurs choix vaccinaux étaient dictés par les laboratoires. Ce doute engendré par la pénurie peut conduire à un comportement d'attente de la fin de rupture aboutissant à un retard dans l'application du calendrier vaccinal (36).

e) *Modèle bidimensionnel :*

Un autre modèle proposé par P. Peretti-Watel et P. Verger dans une revue critique de la littérature publiée en 2015 (24) présente la vaccination d'une manière bidirectionnelle. Dans ce modèle, l'hésitation est principalement abordée sous la forme d'un processus décisionnel il se focalise sur cette réflexion plus que sur le résultat de l'hésitation vaccinale. La publication propose de définir 2 termes : la confiance dans les autorités et l'engagement, et à partir de ces définitions créer une représentation schématique de l'hésitation vaccinale sous la forme de deux axes (Figure 4). Ces deux axes correspondent à la confiance que les personnes placent dans les autorités de santé et la médecine classique et leur degré d'engagement dans le « santéisme » (propension à contrôler ses comportements de santé pour augmenter son espérance de vie, en utilisant les informations officielles sur la santé).

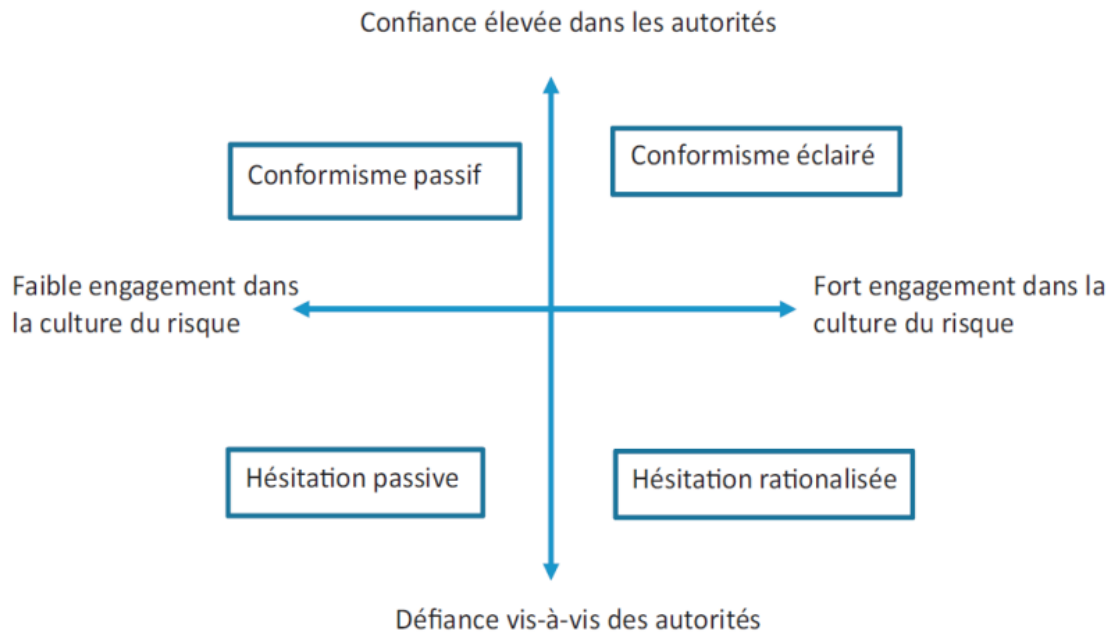


Figure 4 : Hésitation vaccinale : représentation selon deux axes, la confiance dans les autorités et l'engagement dans la santé.

Conformisme passif : c'est la confiance dans la vaccination et le système de soin qui la permet, mais chez des patients qui se sentent peu concernés par question de la prise en charge de leur santé. Cette catégorie de patient accepte les vaccinations de manière inconditionnelle.

Conformisme rationalisé : les patients qui ont confiance en la vaccination et le système de soin la permettant tout en étant engagés dans la prise en charge de leur santé. Ces patients sont dans une acceptation éclairée des vaccinations.

Hésitation rationalisée : définit les personnes hésitantes, intéressées et engagées dans les questions relatives à la vaccination.

Hésitation passive : désigne les patients hésitants mais peu intéressés et peu engagés dans les questions relatives aux vaccinations. Cette catégorie de patients a tendance à négliger ou oublier les vaccinations.

On peut rajouter à ces 4 catégories, l'opposition vaccinale qui concerne les patients qui refusent radicalement la vaccination sans hésitation.

f)Modèle des déterminants de l'hésitation vaccinale :

Le groupe de travail SAGE de l'OMS a proposé cette matrice (Figure 5), pour classifier les déterminants de l'hésitation vaccinale (37). Ils sont classés en influences contextuelles, individuelles et de groupe ainsi qu'en aspects spécifiques. Ce modèle venant d'une institution officielle de santé mondiale, il obtient un certain consensus. (Annexe 3 : description exhaustive).

Influences contextuelles

- Communication et médias
- Leaders influents, protecteurs de l'intérêt public et lobbys anti et pro-vaccination
- Influences historiques
- Religion/culture/Relations hommes-femmes/situation socio-économique
- Politiques/mandats
- Obstacles géographiques
- Industrie pharmaceutique

Influence individuelle et de groupe

- Antécédents vaccinaux
- Croyances, attitudes face à la santé et la prévention
- Connaissance/information
- Confiance dans le système de santé et le personnel de santé et expérience personnelle
- Rapport risques/avantages (perçus, réel)
- La vaccination comme norme sociale par opposition à superflue/dangereuse

Aspects spécifiques des vaccins/de la vaccination

- Rapport bénéfices/Risques (données scientifiques)
- Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle formulation
- Mode d'administration
- Conception du programme de vaccination/mode de délivrance
- Fiabilité de l'approvisionnement et/ou origine des vaccins
- Calendrier vaccinal
- Coûts
- Rôle des professionnels de santé

Figure 5 : Matrice des déterminants de l'hésitation vaccinale.

III. Méthodologie :

A. L'étude :

Ce travail de thèse concerne l'étude des déterminants de l'hésitation vaccinale. L'idée de ce travail part du constat réalisé dans notre pratique médicale quotidienne. En effet, nous sommes tous confrontés, médecins généralistes, spécialistes ainsi que les autres professionnels de santé, à ces questionnements sur la vaccination. Nous sommes parfois, même souvent, démunis face à ces situations. Il semble donc nécessaire de mieux comprendre ce phénomène dans toute sa complexité pour pouvoir mieux l'appréhender.

Le choix de réaliser une étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés s'imposait donc pour faire émerger le plus grand nombre de déterminants en rapport avec l'hésitation vaccinale.

De nombreux travaux ont été réalisés sur ce sujet, qui est plus que d'actualité. Mais peu l'ont abordé d'un point de vue qualitatif par le biais d'entretiens semi dirigés directement réalisés auprès des parents.

Les études qualitatives apportent ainsi des informations exploitables comme données prospectives, ce que les études quantitatives ne produisent pas vraiment. A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soin.

B. Participants :

La population à l'étude est constituée de parents ayant un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. Nous ne discriminons pas de vaccin précis mais nous intéressons de façon globale à l'ensemble des vaccins présents sur le calendrier vaccinal en vigueur en 2018.

Le recrutement s'effectue de façon prospective, à l'hôpital de Bayonne, lors de consultations pédiatriques, d'hospitalisation en secteur de pédiatrie générale ou lors d'un passage aux urgences pour une pathologie aiguë. L'outil permettant de repérer l'absence ou le caractère incomplet de la vaccination est le carnet de santé de l'enfant concerné. Les coordonnées des patients sont relevées par le professionnel de santé, pédiatre ou interne le plus souvent, réalisant la consultation ou s'occupant de l'enfant en secteur d'hospitalisation. Les parents sont ensuite contactés par téléphone, l'étude leur est présentée et il est convenu d'un rendez-vous s'ils acceptent de participer à l'étude.

Cependant devant des difficultés de recrutement via cette méthode en raison d'un nombre de refus important, le recrutement a été élargi aux pédiatres libéraux du pays basque et du sud des Landes. Les médecins généralistes de la maison de santé de Mimizan où j'exerce ont également participé. Ils me transmettaient ainsi les coordonnées de parents d'accord pour participer à ce travail de recherche, après leur avoir remis la fiche d'information.

Une note explicative adressée aux parents des enfants concernés (annexe 4) était distribuée à chaque patient débutant l'entretien, ceux-ci devaient donner leurs autorisations signées pour être ensuite interviewés de manière anonyme.

Le nombre de participants à inclure est défini par l'échantillonnage théorique. Le recrutement s'arrête donc dès saturation des données.

C. Entretiens :

Les entretiens se sont déroulés entre les mois d'octobre 2018 et mars 2019.

Le lieu de l'entretien a été laissé au choix des parents du patient, de préférence un lieu calme. La date et l'heure de l'entretien ont également été laissées à la convenance des parents du patient.

Les entretiens étaient ouverts, semi-dirigés, réalisés de manière individuelle, en face à face, de façon anonyme. Ils étaient axés par un guide d'entretien préalablement rédigé. Ils étaient enregistrés, ce qui permettait d'optimiser le recueil de données.

Les entretiens ont été enregistrés via l'application dictaphone d'un smartphone.

Dans, cette étude, l'utilisation des entretiens semi-dirigés individuels, permettait d'aborder les sujets sensibles plus facilement. La souplesse autorisée par cette méthode favorisait l'émergence d'idées inédites tout en gardant une ligne directrice.

D. Guides d'entretiens :

Un guide d'entretien a été élaboré après recherche bibliographique sur le sujet. Les questions sont courtes, claires, ouvertes et incitent la personne interrogée à exprimer son expérience et son ressenti.

Le guide d'entretien se décomposait en cinq parties :

- La première partie abordait les connaissances générales sur la vaccination.
- La deuxième partie explorait l'hésitation vaccinale.
- La troisième partie concernait les sources d'informations et la confiance en celles-ci sur la vaccination.
- La quatrième partie s'intéressait à l'acceptation vaccinale et ses déterminants.
- Enfin, la cinquième partie portait sur l'obligation vaccinale.

Pour terminer l'entretien, il était recueilli des données quantitatives sur les participants pour déterminer leur représentativité dans la population.

Les guides d'entretien initial et final sont joints en annexe 5 et 6. En effet, ces guides peuvent être modifiés au fur et à mesure de l'étude afin de permettre un perfectionnement du canevas d'entretien.

A la fin de l'entretien, des questions socio-démographiques étaient posées aux interviewés afin d'aider par la suite à l'analyse. Les caractéristiques demandées étaient : l'âge, le sexe, le nombre et l'âge des enfants, la profession des parents, le lieu de vie, les antécédents médicaux, le type de scolarisation, les habitudes alimentaires et le médecin qui vaccine habituellement l'enfant. Ces données permettaient de récolter des informations afin de connaître le profil épidémiologique de l'interviewé. A cela s'ajoutait le descriptif du lieu et parfois le ressenti de l'investigateur selon la situation rencontrée. Toutes ces informations étaient recopiées au début de la retranscription des entretiens. Cela permettait au moment du codage d'apprécier le contexte, en particulier pour la personne qui a participé au double codage et qui n'était pas présente au moment des entretiens.

Le but de notre travail étant l'analyse du discours, discours n'ayant une valeur que si placé dans son contexte. (38)

E. Retranscription des données :

Les entretiens ont été retranscrits de façon intégrale et littérale, en incluant le verbal et le non verbal (pause, hésitation, attitude). Ce sont les données ainsi rédigées ou verbatim qui ont été à la base de l'analyse. La syntaxe des interviewés a été retranscrite à l'identique.

Le logiciel Word® a été utilisé pour la retranscription.

F. Analyse des données :

Le logiciel N'Vivo 12 a été utilisé pour réaliser l'analyse des entretiens.

La méthode d'analyse est celle décrite par Christophe Lejeune (38) et se base sur le modèle de la théorisation ancrée adaptée de l'anglais (Grounded Theory Method).

L'analyse s'est déroulée en trois parties distinctes appelées codage ouvert, codage axial et enfin codage sélectif. Ces codages s'organisent de manière itérative. Ils ne constituent pas nécessairement des phases successives car il n'est pas rare de revenir au premier au cours du deuxième ou d'anticiper le troisième dès le premier.

Le codage ouvert constituant la première partie a été réalisé dès le premier contact avec le matériel à analyser. La première étape est constituée par la micro-analyse. Il s'agit d'un examen approfondi d'un extrait du premier entretien, qui se veut court, et qui a été choisi pour sa richesse et sa complexité. L'analyse a été réalisée mot à mot par le thésard. La micro-analyse a pour but l'immersion dans le matériel étudié ainsi que la mise à distance des présupposés de l'analyste.

Après cette première étape le codage ouvert se prolonge à travers l'étiquetage. L'étiquetage est différent de la micro-analyse (réalisée une seule fois) car il se réalise tout au long de la recherche. L'étiquette caractérise ici un vécu et amorce une conceptualisation. Elle qualifie ce qui se déroule dans le témoignage des acteurs. Son ambition est analytique. L'analyste étiquette le matériel empirique afin d'arriver aux premiers éléments de conceptualisation : les propriétés. Les propriétés correspondent à des sélections d'étiquettes qualifiant l'expérience des acteurs ; les propriétés font également références aux nœuds créés dans le logiciel Nvivo®. L'étiquette assure à la fois l'ancrage dans le matériel et un premier étage de conceptualisation. Donc découvrir des propriétés via l'étiquetage correspond au codage ouvert.

Ensuite, intervient la deuxième partie, le codage axial. Il consiste à organiser les propriétés théoriques. Il part donc des étiquettes créées lors du codage ouvert et vise à les organiser, les articuler et les intégrer. Le but de ce codage est d'obtenir des catégories à partir des propriétés.

Enfin, le codage sélectif correspond au traitement des catégories. En effet, certaines catégories, marginales, peu documentées, peuvent ne pas s'intégrer aux autres. On s'interroge alors sur le rôle de ces catégories pour le phénomène étudié. Si ces catégories éclairent un autre phénomène que celui qui est investigué, elles sont mises de côté.

G. Protection des données et confidentialité :

Après interrogation du Comité de Protection des Personnes, ce travail ne nécessitait pas d'autorisation spécifique de leur part.

Il a cependant été réalisé une déclaration simplifiée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), de conformité à une méthodologie de référence de type MR-003, enregistrée sous le numéro 2208039 v 0, en date du 03 octobre 2018.

IV. Résultats

A. Caractéristiques des interviewés

	Sexe	Age	Nombre d'enfants et âge	Professions du couple	Lieu de Vie	Antécédents médicaux familiaux	Type de scolarisation	Habitudes alimentaires	Médecin qui vaccine
1	F	40	6 enfants de 2, 4, 5, 6, 13 et 16 ans	Ostéopathe et professeur de Biologie	Ville	Aucun	Ecole	NOVA 1 « Sain et non préparé »	Médecin généraliste
2	M	47	1 enfant de 1 an et demi	Ingénieur	Semi-rural	Aucun		NOVA 1/2 « Biologique »	Médecin généraliste
3	M	39	1 enfant de 9 ans	Médecin et Infirmière	Semi-rural	Aucun	Ecole	NOVA 1/2 « Sélective et critique »	Médecin généraliste
4	F	35	1 enfant de 3 ans	Profession Libérale	Campagne	Aucun	Ecole	NOVA 1 « Variée, naturelle »	Médecin généraliste et pédiatre
5	F et M	47 et 55	2 enfants de 15 et 20 ans	Ouvrier et sans emploi	Semi-rural	Asthme	Ecole		Médecin généraliste
6	F	39	3 enfants de 13, 16 et 20 ans	Hôtesse de caisse et Formateur	Semi-rural	Aucun	Ecole		Médecin généraliste et pédiatre
7	F	32	1 enfant de 1 an	Assistante maternelle	Ville	Aucun			Médecin généraliste
8	F	27	1 enfant de 2 ans et demi	Auto entrepreneur	Semi-rural	Aucun			Pédiatre
9	M	47	3 enfants de 4 mois, 2ans et 12 ans	Neuropsychologue et serveuse	Semi-rural	Aucun	Ecole	NOVA 1 « Biologique, pas de plats industriels »	Médecin généraliste et pédiatre
10	F	37	1 enfant de 1 an	Vendeuse et technicien	Ville	Aucun		NOVA 1 « Variées, légumes biologiques »	Pédiatre
11	F	31	1 enfant de 7 mois	Photographe et Vidéaste	Semi-rural	Aucun		NOVA 1/2 « Biologique »	Pédiatre
12	F	31	2 enfants de 4 mois et 19 mois	Congés parental et diagnostiqueur immobilier	Campagne	Aucun	Domicile		Pédiatre
13	F	39	3 enfants de 1 an, 2 ans et 17 ans	Aide-soignante et électricien	Campagne	Aucun	Ecole pour le grand		Médecin généraliste et pédiatre

Tableau 5 : Résumé des caractéristiques des interviewés.

F = Féminin

M= Masculin

NOVA : selon la classification NOVA, qui classe les aliments selon leur degré de transformation. (39)

Description des interviewés (I) :

I1 : Femme de 40 ans, ostéopathe. L'entretien a été réalisé dans son cabinet et a duré 13 minutes et 47 secondes. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

I2 : Homme de 47 ans, ingénieur. L'entretien s'est déroulé dans un cabinet de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 17 minutes et 50 secondes. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

I3 : Homme de 39 ans, Médecin. L'entretien s'est déroulé dans un cabinet de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 30 minutes et 17 secondes. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

I4 : Femme de 35 ans, exerçant une profession libérale. L'entretien s'est déroulé dans un cabinet de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 27 minutes et 7 secondes. Nous n'avons pas été dérangés durant l'entretien.

I5 : Présence des deux parents, une femme de 47 ans et un homme de 55 ans, étant respectivement sans emploi et ouvrier. L'entretien s'est déroulé dans un cabinet de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 21 minutes et 14 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de l'entretien.

I6 : Femme de 39 ans, hôtesse de caisse. L'entretien s'est déroulé dans un cabinet de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 15 minutes et 20 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de l'entretien.

I7 : Femme de 32 ans, assistante maternelle. L'entretien s'est déroulé dans un bureau de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 12 minutes et 58 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de l'entretien.

I8 : Femme de 27 ans, auto entrepreneur. L'entretien s'est déroulé dans un bureau de consultation de la maison de santé de Mimizan et a duré 22 minutes et 46 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de la consultation.

I9 : Homme de 47 ans, neuropsychologue. L'entretien s'est déroulé dans un café du centre-ville où il habite et a duré 31 minutes et 56 secondes, auxquelles ont été rajouté 2 minutes et 6 secondes. L'entretien a été interrompu lors de la première partie pour le service de boissons. La deuxième partie de l'entretien a été rajouté à la demande de l'interviewé qui souhaitait évoquer un point supplémentaire.

I10 : Femme de 37 ans, vendeuse. L'entretien s'est déroulé au domicile de la patiente et a duré 30 minutes et 37 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de l'entretien.

I11 : Femme de 31 ans, photographe. L'entretien s'est déroulé en terrasse d'un café du centre-ville où elle habite et a duré 19 minutes et 57 secondes. L'entretien a été interrompu par le service de boissons.

I12 : Femme de 31 ans, en congés parental. L'entretien s'est déroulé à son domicile en présence de ses 2 enfants et a duré 27 minutes et 58 secondes. Nous n'avons pas été dérangés lors de l'entretien.

I13 : Femme de 39 ans, aide-soignante actuellement en congés parental. L'entretien s'est déroulé au domicile de la patiente et a duré 14 minutes et 53 secondes. Ses deux plus jeunes enfants ainsi que son compagnon étaient présents lors de l'entretien. Le déroulé a été légèrement perturbé par les activités des deux enfants. Son compagnon a également ajouté quelques mots lors de la toute fin de l'entretien.

B. Recrutement et entretiens :

Les entretiens se sont déroulés du 15 octobre 2018 au 25 mars 2019.

Au total, 38 parents ou couple ont été contacté pour participer à ce travail de thèse. 20 ont refusé de participer. 18 ont accepté de participer. 5 n'ont pas été recontactés du fait de l'absence de nouvelle propriété créée lors de l'analyse des douzième et treizième entretiens, signifiant la saturation des données.

C. Retranscription et codage :

Le double codage s'est effectué après les deux premiers entretiens puis ensuite tous les trois à quatre entretiens.

Le codage suivait les cinq parties décrites précédemment : les connaissances vaccinales, l'hésitation vaccinale, les sources d'informations, l'acceptation vaccinale et l'obligation vaccinale.

Après le codage des deux premiers entretiens, une sixième partie a été ajoutée concernant les attentes en matière d'information vaccinale. Cette partie a donc été ajoutée au guide d'entretien.

Le guide d'entretien a subi des modifications jusqu'à l'entretien numéro 8. Certaines questions ont été modifiées pour obtenir des réponses plus précises, d'autres ont été rajoutées pour préciser certains points des différentes parties. Pour les entretiens 9 à 13, il n'a plus subi de modification.

Lors du codage puis double-codage des douzième et treizième entretiens, aucune nouvelle propriété (ou nouveau nœud) n'a été créée, définissant la saturation et clôturant l'inclusion de l'étude (40).

D. Thématiques :

<p>1. <u>Connaissances sur la vaccination : p.29</u></p>	<p>a) Principe de la vaccination b) Rôle de la vaccination c) Connaissance des maladies ciblées</p>
<p>2. <u>Position Vaccinale : p.32</u></p>	
<p>3. <u>Vaccins faisant hésiter : p.33</u></p>	
<p>4. <u>Raisons de l'hésitation vaccinale : p.34</u></p>	<p>a) Adjuvants b) Age c) Remise en question de l'intérêt vaccinal d) Habitus e) Doutes émis par le corps médical f) Nombre de vaccins et vaccins combinés g) Effets secondaires et toxicité</p>
<p>5. <u>Méfiance vaccinale : p.44</u></p>	<p>a) Causes et facteurs de résurgence de la méfiance b) Différents niveaux de méfiance c) Conséquences de la méfiance</p>
<p>6. <u>L'information vaccinale : p.49</u></p>	<p>a) Les différentes sources d'information b) Sources dignes de confiance c) Sources indignes de confiance</p>
<p>7. <u>Freins à l'information vaccinale : p.54</u></p>	<p>a) Difficultés d'information b) Information culpabilisatrice c) Manque d'information d) Méconnaissance vaccinale</p>
<p>8. <u>Obligation vaccinale : p.57</u></p>	<p>a) Compréhension de la loi b) Position sur l'obligation c) Gestion de l'obligation</p>
<p>9. <u>Acceptation et attentes vaccinales : p.62</u></p>	<p>a) Contenu de l'information b) Déterminants de l'acceptation vaccinale c) Personne, institution dignes de confiance pour délivrer l'information</p>

Tableau 6 : Résumé des thématiques.

1. Connaissances sur la vaccination :

a) *Principe de la vaccination :*

8 interviewés ont pu expliquer le principe de la vaccination, avec la notion de création d'anticorps qui semble bien comprise pour la plupart.

- I6 : « Injecter le virus en petite dose afin d'immuniser le corps. C'est ça la base. » ;
« Afin que le corps fasse lui-même ses anticorps pour pouvoir se défendre en cas de contamination. » ;
« Que le corps apprenne à se défendre lui-même contre le virus. »
- I7 : « c'est de mettre un produit qui ressemble à la maladie à traiter, et pour qu'il y ait des anticorps qui se fassent dans le corps, et que le corps sache se défendre de cette maladie. Comme ça si la maladie arrive, le corps sait déjà se défendre. »
- I8 : « C'est plus ou moins pour immuniser le corps de certaines maladies. » ;
« Bah, certains il y aurait une partie de la maladie à l'intérieur, plus ou moins hein, avec mes mots à moi. Avec des substances qui feraient travailler le système immunitaire pour combattre ça. Après j'en sais pas plus. »
- I9 : « préparer le corps à se défendre en lui inoculant des produits qui sont moins forts que les virus contenus dans les... que les choses qu'on est susceptibles de rencontrer dans la vie de tous les jours, et qui peuvent effectivement nous rendre malades. »
- I10 : « Ce serait de protéger contre une maladie. On insère un petit peu de maladie dans le corps pour activer les anticorps et ensuite, enfin voilà, activer les anticorps pour qu'ils reconnaissent la maladie et se battent plus facilement s'ils la retrouvent plus tard. »
- I11 : « de créer des anticorps du coup. On injecte le produit, ça crée des anticorps, qui eux peuvent lutter contre la maladie. »
- I12 : « Alors le principe, enfin je pense, c'est mettre la maladie dans le corps de l'enfant pour créer les anticorps qui permettent de lutter contre la maladie. »
- I13 : « On introduit des virus dans un corps sain pour que le corps apprenne à se défendre contre ces virus. »

Le rôle des adjuvants a pu être souligné par une des interviewés.

- I9 : « on sait que les adjuvants, notamment que l'aluminium, bon, renforce l'efficacité des vaccins. »

b) *Rôle de la vaccination :*

La notion de protection individuelle mais surtout collective est évoquée par la grande majorité de l'échantillon.

- I1 : « c'est la fois la protection de l'individu et aussi de la population. »
- I4 : « oui, c'est qu'ils restent en vie quoi. C'est éviter des décès et on est dans un pays où peut se permettre de se guérir, de se soigner. »
« la vaccination c'est fait pour ça mais euh... ça sauve certainement des vies »
- I5 : « c'est le rôle de minimiser une maladie... »
« C'est aussi de protéger les autres. Enfin de... On nous transmet la maladie pour éviter ensuite de l'attraper beaucoup plus grave et puis de...de... de polluer les autres avec quoi, parce que le problème il est là. C'est qu'un virus ça se transmet facilement »
« Il me semblait que pour les enfants c'était important, parce que à l'école en plus, étant donné qu'ils sont dans le milieu scolaire... et ben ils sont plusieurs, donc si y'en a un qui l'attrape il va forcément le transmettre à plein d'autres. Donc c'est aussi pour éviter le phénomène de masse aussi. »
- I6 : « pour que la maladie soit éradiquée il faudrait que tout le monde soit vacciné. »

- I8 : « De protéger notre enfant. »
- « Déjà pour se protéger à lui, et de protéger aux enfants qui n'ont pas le droit à la vaccination parce qu'ils sont... parce qu'ils ne peuvent pas les avoir tout simplement. »
- I9 : « Et puis l'idée c'est de protéger la population. »
- I10 : « on cherche à éradiquer des maladies pour une histoire de santé publique, pour la population en général. »
- « Je pense que c'est plus une histoire de collectivité que d'individu, oui. »
- I11 : « par exemple si on le vaccine contre la coqueluche ou la rougeole, c'est d'éviter cette maladie ou au moins d'atténuer les symptômes. »
- I12 : « Oui, c'est d'éradiquer des maladies. Eradiquer des maladies dangereuses, mortelles... »
- I13 : « Bah d'immuniser contre certaines maladies. »

La notion de protection de ceux qui ne peuvent être vaccinés est citée.

- I9 : « On essaie de vacciner le maximum de personnes...humm... dans la population pour protéger au maximum, étant entendu que certains ne peuvent pas être vaccinés pour des raisons médicales ou des choses comme ça. »

La majorité des sujets (9/13) savent préciser le rôle préventif de la vaccination, dans le but d'éviter certaines pathologies infectieuses. A plusieurs reprises, on note l'usage des mots éradication ou éradiquer, ce qui de façon explicite rend compte du rôle compris de la vaccination.

- I3 : « prévenir des maladies à priori infectieuses et contagieuses chez les enfants et parfois dans des cas particuliers chez les adultes. »
- « une mesure de santé publique, si c'est intelligemment conduit, pour éviter des épidémies, éviter les maladies infantiles, éventuellement éviter les complications des maladies infantiles quand c'est utilisé à bon escient. »
- I4 : « éviter des maladies qui sont quand même mortelles, et qu'elles se propagent surtout. Je crois que le but de la vaccination c'est ça »
- I6 : « Eradiquer les maladies telle que la rage ou la rubéole, ainsi de suite. »
- I7 : « son rôle, c'est de limiter les maladies mortelles... le décès des enfants quoi. »
- I9 : « C'est d'éradiquer certaines maladies qui peuvent être... qui peuvent être dangereuses. »
- I10 : « Eradiquer la maladie... »
- « Faire éteindre la maladie. »
- I11 : « par exemple si on le vaccine contre la coqueluche ou la rougeole, c'est d'éviter cette maladie ou au moins d'atténuer les symptômes. »
- I12 : « Oui, c'est d'éradiquer des maladies. Eradiquer des maladies dangereuses, mortelles... »
- I13 : « Bah d'immuniser contre certaines maladies. »

L'importance vaccinale est souvent soulignée (7/13) :

- I2 : « J'ai passé 20 ans en Afrique, je sais trop à quel point il faut vacciner les enfants. J'ai tellement vu de gens mourir bêtement pour des maladies qu'on guérit maintenant, ou qu'on vaccine. Il s'agit de millions de gens quoi. »
- « Donc ouais! Ces choses sont nécessaires....au bien de la société. On peut pas remettre ça en question. »
- I4 : « je suis bien consciente que le vaccin sauve des vies »
- I5 : « Les vaccins, les premiers vaccins d'un enfant, sont nécessaires. »
- « C'est vrai que là, la rougeole, ça peut être quelque chose de grave, la coqueluche ça peut être quelque chose de grave chez une enfant. »
- I7 : « Parce que la vaccination en soit, c'est super, c'est génial. »

- I8 : « La vaccination bien sûr ça sauve des vies je pense, surtout dans d'autres pays, même en France, mais beaucoup dans d'autres pays... »
- I9 : « Je trouve que c'est un bon outil et que effectivement ça a permis d'éradiquer un certain nombre de choses, qui ont pu faire pas mal de dégâts par le passé, donc voilà. »
- I12 : « Mais je comprends, voilà, c'est très bien aussi de vouloir éradiquer les maladies et les combattre. »
- « Je peux comprendre l'idée, bien sûr, heureusement qu'on a éradiqué des maladies grâce aux vaccins, ça c'est clair. »

c) *Connaissance des maladies ciblées :*

Les onze cibles des vaccins sont incomplètement connues par les interviewés, deux ont pu en citer dix au maximum.

- I1 : « je connais les premiers, c'est à dire diphtérie, tétanos, polio, auxquels on rajoute souvent la coqueluche. Il y a l'*Haemophilus*, l'hépatite B, je crois qu'ils ont rajouté une autre hépatite. Il y a le pneumocoque, le méningocoque... (Réflexion...) Je ne sais pas les autres. »
- I2 : « Il y a le tétanos, pour les vaccins des enfants, le tétanos...Humm, on a l'hépatite B, la rougeole, euh... et puis d'autres choses aussi... J'ai pas tout en tête mais euh, voilà principalement... »
- I3 : « Les ciblés, alors j'aurais tendance à dire, rubéole, rougeole, diphtérie, tétanos, polio, *Haemophilus*, coqueluche, hépatite B, méningo C, pneumocoque, on doit être pas mal là. »
- I4 : « la polio, la méningite, euh.... Ouais les maladies mortelles...humm.... Qu'est-ce qu'il y a comme... Bon il y a la grippe aussi. »
- I5 : « Coqueluche. »
- « Rougeole, rubéole, variole.... Humm... Tétanos. Ya le BCG, je sais plus pourquoi c'est, je me rappelle plus, j'ai pas le mot. Pour la tuberculose, pour...euh... la poliomyélite. »
- « La méningite, hépatite B. »
- I6 : « Bah rubéole, euh... tétanos, diphtérie, roséole, hépatite B... euh qu'est-ce qu'il y a d'autres? Polio... DTP, oui, rubéole et c'est tout je crois, après les autres... »
- I7 : « y'a DTPolio, rougeole, oreillons... rougeole et ORL là... et après les nouveaux je ne connais pas. Tous les autres je sais pas, je sais juste ceux de mon fils »
- I8 : « tout ce qui est méningite, ROR, DTPolio et hépatite B, coqueluche. »
- « y'a l'hépatite B oui je sais. »
- I9 : « il doit y avoir les trois obligatoires, enfin les trois de bases diphtérie, tétanos, polio... Humm... Ensuite coqueluche, varicelle.... »
- I10 : « La diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons, la rubéole... »
- « Ah oui, ça c'est dans le DTP, *Haemophilus*. Hépatite B » !
- I11 : « Rougeole, rubéole, tétanos, oreillons, coqueluche, méningite... »
- « Euh, méningocoque... »
- I12 : « Il y a DTP, le ROR, rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, l'*haemophilia influenzae*... »
- I13 : « Peut-être pas les onze, mais arf, oui, il y a le DTP, le ROR, il y a l'hépatite B. »

Les plus fréquemment cités sont le DTP, le ROR, et l'hépatite B, sans être sûr que chaque maladie concernant les abréviations DTP et ROR ne soit systématiquement connue.

L'*Haemophilus* et le pneumocoque sont rarement cités.

Certaines pathologies comme la grippe, la tuberculose, la roséole ou encore la variole ont été citées à tort.

Certains interviewés (4/13) reconnaissent volontiers leur manque de connaissance.

- I4 : « Pas toutes, je mélange un peu tout, forcément je mélange parce qu'il y a beaucoup de maladies. Je suis pas médecin donc euh... donc voilà. »
- I10 : « Sachant que je ne sais pas du tout ce qu'est l'*Haemophilus*. »
- I11 : -Moi : « *Haemophilus*. » -I11 : « Ah, non, je ne connais pas. »
- I12 : « peut-être aussi parce que je n'ai pas énormément de connaissances »
- « Le prévenir je ne sais plus pourquoi c'est. »
- « Alors l'*Haemophilus*, je ne sais même pas quelle maladie ça provoque d'ailleurs. Je ne sais plus (rires). »

2. Position vaccinale :

Certains patients (4/13) sont plutôt pour la vaccination avec cependant souvent une position variable d'un vaccin à l'autre.

- I1 : « Alors nous souhaitons, mon mari et moi, faire vacciner les enfants, pour tout ce qui est... Humm, Donc on a fait aux enfants diphtérie, tétanos, polio et coqueluche. On a fait un pneumocoque à nos enfants qui faisaient des otites à répétition. Et je crois que c'est tout. »
- I2 : « Je suis pour, mais avec un meilleur encadrement. »
- I5 : « Maintenant, voilà ça c'est normal de les faire! Parce que c'est vraiment des maladies qui peuvent contracter etc... Voilà pour ceux-là moi je suis pour » (N.D.L.R. en parlant du DTP et du ROR)
- I6 : « Moi je suis pour, après l'hépatite B, à savoir pourquoi je ne l'ai pas fait, j'attendais les retours. »

D'autres (5/13) sont plus clairement hésitants. Ils utilisent souvent la double négation « pas contre ».

- I3 : « On va rester dans le thème de la thèse, hésitant. »
- « Ni pour ni contre finalement, je suis acritique par rapport à ça, je m'interroge beaucoup sur la vaccination et donc d'autres prises en charge thérapeutiques et médicales. »
- I7 : « Ben euh...je suis pas contre, mais je trouve que sur des enfants petits... des nourrissons, c'est un peu tôt. »
- I9 : « D'un point de vue... Humm... général, je suis pas du tout contre, au contraire. »
- « je ne pense pas avoir entendu de gens qui étaient contre, et moi-même je ne suis pas contre la vaccination en général dans le principe. »
- I10 : « je suis pas contre la vaccination. Je suis contre l'acharnement vaccinal... sur l'exagération vaccinale. »
- I12 : « je suis réticente parce que ça me fait peur. »

La troisième catégorie observée est celle de ceux (4/13) qui sont contre la vaccination, on peut les caractériser d'opposant.

- I4 : « Je suis plutôt contre. »
- I8 : « Je suis ni pour ni contre on va dire. Je suis plutôt contre entre guillemets... »
- I11 : « Je dirais que je suis contre. »
- « Mon conjoint lui il lit plus, il est vraiment contre. »
- I13 : « Donc ça ne rime à rien. Pour moi, ça ne rime à rien en fait. »

3. Vaccins faisant hésiter :

Quatre interviewés hésitent concernant la vaccination ROR.

- I1 : « Alors, notamment, on en parlait encore hier parce que j'ai une fille de 13 ans, le HPV et le ROR. »

- I8 : « Là j'hésite pour... alors le ROR, j'ai fait la première vaccination à ma fille... Euh... j'ai hésité longtemps et j'ai craqué on va dire. Sinon je pense que je l'aurais pas fait. »
- I10 : « L'hépatite B et le ROR. Ces deux-là. »
- I13 : « Le ROR au jour d'aujourd'hui ma fille je ne lui ai pas fait faire. »

Onze interviewés hésitent concernant la vaccination contre l'hépatite B.

- I1 : « Et l'hépatite B. »
- I3 : « L'hépatite B aussi. »
- I4 : « c'est l'hépatite B qui revient beaucoup qui est beaucoup négatif dans ce que j'entends. »
- I5 : « Hépatite B. »
- I6 : « Hormis l'hépatite B et là le vaccin pour le cancer du col de l'utérus. »
- I8 : « L'hépatite B, celui-là je n'en veux pas. »
- I9 : « 'est plutôt la quantité, bien que bon, l'hépatite B, il y ait quand même certaines controverses par rapport à l'utilité... »
- I10 : « Oui, l'hépatite B. »
- I11 : « Alors, il y en a un que je ne comprenais pas trop, je ne sais plus, je crois que c'est l'hépatite B. »
- I12 : « Clairement moi c'est l'hépatite B qui me fait vraiment... »
- I13 : « Pour moi déjà, l'hépatite B à cet âge-là, je ne vois pas l'intérêt. »

Cinq interviewés hésitent concernant la vaccination contre le méningocoque C.

- I3 : « Le méningo C m'interroge. »
- I5 : « Et puis la méningite »
- I8 : « Et là, la méningite, la méningite C là je me pose vraiment la question, donc voilà. »
- I11 : « La méningite, pour l'instant il n'est pas vacciné. J'ai refusé. »
- I13 : « La méningite. »

Deux interviewés hésitent contre la vaccination contre le pneumocoque.

- I3 : « Le Prevenar® m'interroge... »
- I12 : « le Prevenar®, j'avais lu aussi sur internet que c'était... y'avait pas mal d'effets secondaires. »

Deux interviewés n'hésitent pas sur un vaccin en particulier mais sur l'aluminium en tant qu'adjuvant.

- I2 : « Aucun, c'est le...principalement les produits qui sont contenus dedans, entre autre l'aluminium principalement qui me pose problème. »
- I7 : « Non, y'en a pas en particulier. Non, c'est les vaccins qui contiennent beaucoup d'aluminium »

4. Raisons de l'hésitation vaccinale :

a) *Adjuvants :*

Les adjuvants sont très souvent rapportés par les interviewés comme raison de l'hésitation, et principalement l'aluminium.

Le taux d'aluminium peut leur poser problème (5/13).

-I2 : « C'est pas le vaccin lui-même, c'est depuis qu'on a augmenté les taux d'aluminium dans certains vaccins. »

-I7 : « on entend que y'a beaucoup de... d'aluminium dans ces vaccins et que ça peut être dangereux par l'injection. »

« ils disaient que sur les vaccins il y en avait plus qu'il n'en fallait pour les petits bébés quoi. »

-I9 : « c'est surtout la quantité et puis la façon dont ils sont préparés. »

« En revanche ce qu'on ne connaît pas...Humm... c'est l'impact que ça peut avoir dans des quantités aussi importantes... dans des temps aussi resserrés, injectées dans la peau de nouveau-nés, enfin ou d'enfants en très bas âge dans tous les cas, puisque les injections sont échelonnées sur plusieurs mois donc voilà. »

-I10 : « je pense qu'il y a un petit peu d'aluminium dans ce vaccin, un petit peu dans celui-ci, fait que bah... onze fois »

« Non je pense qu'il y a beaucoup trop, beaucoup trop d'aluminium. »

-I11 : « les métaux lourds déjà. J'ai quand même entendu parler qu'il y avait pas mal de grosses doses de métaux lourds. »

« Oui, à quelle dose, parce qu'apparemment le corps peut... alors je ne sais plus... je vais tout mélanger, mais il y a une dose maximale à respecter. Et j'ai vu un reportage qui disait qu'apparemment ils disent que : « ils respectent la dose, mais que parfois ça peut aller au-dessus mais que c'est très, très rare ». »

La toxicité et la dangerosité potentielles de l'aluminium sont largement rapportées (6/13).

-I2 : « CMR c'est les cancérigènes mutagènes reproductifs. Donc ce sont des produits qui vont intervenir dans l'évolution de l'être humain. Alors soit de suite, vous chopez un cancer après avoir été exposé à certains produits. Mutagènes c'est vos gènes qui mutent. Et reproductif, ça peut sauter une, deux, trois générations. »

« Ça c'est hautement toxique. »

« On l'enlève des cosmétiques et on en fait même de la publicité et on en rajoute dans les vaccins pour enfants... Alors là! »

-I4 : « bon y'a ceux qui ont de l'aluminium, oui à priori là je vais pas rentrer trop dans le sujet parce que je m'y connais pas assez... Mais je... l'aluminium serait quand même quelque chose qui n'est pas très très bon à priori. »

-I8 : « Bah apparemment l'aluminium n'a rien à faire dans le corps d'un homme ni d'un enfant. »

-I10 : « on a reconnu il y a quelques années, que l'aluminium est super mauvais pour le corps. Ca fatigue à mort, ça bousille les articulations, c'est... c'est pas bon l'aluminium. »

-I11 : « la dose de métaux lourds était quand même assez importante, et plus importante que ce que pouvait assimiler le corps. Donc ça je n'aime pas trop. »

-I12 : « les adjuvants, mettre de l'aluminium dans le corps de mes enfants... », « L'aluminium, c'est un... c'est du poison... Alors, désolé pour mes termes, c'est très... je ne suis pas du tout médecin. »

Deux interviewés rapportent une plus grande toxicité lorsque l'aluminium est injecté, avec notamment d'après eux un risque de dépôt dans le cerveau.

-I7 : « Le corps arrivait à assimiler je crois le... l'aluminium normalement quand on le... dans l'alimentation. Mais si c'est injecté, là par contre ça peut passer par le cerveau et ça peut faire des dégâts. »

-I10 : « les bouts d'aluminium qui montent au cerveau. »

La notion de taux d'aluminium plus important dans les vaccins commercialisés dans notre pays qu'ailleurs en Europe a été aussi évoquée.

-I9 : « dans d'autres pays limitrophes, les taux d'aluminium qui sont concernés là, dont il est question ici sont des taux qui sont jugés dangereux et qui sont très au-delà des limites qui sont autorisées, même pour des adultes, et dans des pays qui sont limitrophes. »
« Des pays qui sont limitrophes, des pays qui appartiennent à la communauté européenne... Humm... dont les normes et dont les limites de voilà... de quantité d'aluminium etc... Ces valeurs-là qui sont considérées comme dangereuses pour l'adulte dans ces pays-là »
« c'est des doses qui sont plusieurs dizaines de fois supérieures. »

La présence de nanoparticules a été rapportée par une interviewée, avec une notion de toxicité surajoutée.

-I10 : « toutes les nanoparticules qu'il y a dans les vaccins... »
« Toutes ces petites particules, elles vont s'insérer partout dans le corps, elles mutent partout dans le corps. »
« Mais à mon avis c'est ça qui fait que maintenant et bah on est tous malades. »

Contre toute attente, selon une autre interviewée, certains vaccins pourraient contenir des traces d'embryon humain.

-I13 : « Ah bah quand on voit fœtus, quand on voit aluminium », « Fœtus humains, ça ressort beaucoup en ce moment. On retrouve des traces de fœtus humains dans les vaccins. »

b) Age :

Certains parents interviewés (4/13) considèrent que les vaccins sont réalisés à un âge trop jeune, avec une notion de fragilité plus importante des nourrissons lors des premières vaccinations.

-I4 : « C'est un bébé au début, c'est à trois mois je crois le premier vaccin. Trois mois c'est petit quand même! »
-I6 : « Oui, je trouve que c'est tôt! Sur des nourrissons qui ont deux mois, le premier qu'on a fait, c'était deux mois, il est tout petit, il a pas des défenses encore qui sont fortes. »
-I11 : « Oui c'est trop jeune, je pense. Deux mois... Il a deux mois quoi... Je trouve ça moche... Je ne sais pas, à deux mois il ne va pas en crèche... Alors oui il côtoie d'autres enfants, et encore très peu. Non je ne trouve pas ça normal à deux mois »
-I12 : « j'aime pas trop l'idée de mettre une maladie dans le corps de mes filles, si petites... », « maintenant que je suis maman, j'ai un instinct de protection envers mes filles. Ça me dérange de piquer, si petites », « A deux mois, pour moi c'est plus fragile qu'à trois, qu'à quatre, qu'à cinq. »

Deux interviewées évoquent le fait de vouloir retarder l'âge de certaines injections, avec la notion de réassurance si ces vaccinations sont réalisées plus tardivement.

-I11 : « Parce que là on en parlait avec la méningite et je me disais peut être le faire vacciner à deux ans et demi, dans ce cas-là. »
-I12 : « Donc voilà, j'essaie de repousser d'un mois. Après, c'est psychologique, ça m'a fait du bien, parce que c'est le seul choix que je peux faire en fait dans cette obligation vaccinale. »

c) *Remise en question de l'intérêt vaccinal :*

Une majorité des interviewés questionnent facilement l'utilité de la vaccination.

Soit il s'agit d'une remise en question pure de l'intérêt de toutes ou certaines vaccinations constatée chez deux sujets.

-I5 : « C'est pas en particulier, c'est que voilà. Moi je pense qu'ils ont un... on a assez... on s'injecte assez de merde dans le corps en prenant des médicaments à outrance... surtout en France d'ailleurs. Mais je vois pas l'intérêt de s'en rajouter si y'a pas forcément besoin. »

« Voilà si on est en bonne santé, je vois pas l'intérêt moi... Je vois pas l'intérêt. »

-I11 : « Je ne pense pas que ce soit nécessaire. », « Le deuxième c'est que je n'y trouve pas trop d'intérêt justement à faire vacciner les enfants. »

Soit ils mettent en avant des raisons d'efficacité. Certains (6/13) pensent que le vaccin ne protège pas complètement contre la maladie ciblée ce qui leur fait remettre en cause la légitimité de la vaccination.

-I1 : « Je voyais une intervenante de l'hôpital dont le fils a été hospitalisé pour pneumopathie sévère suite à une rougeole alors que le gamin était vacciné également. », « Voilà, donc quant à l'efficacité... (souffle)... je ne sais pas quoi en penser mais j'ai pas forcément envie voilà. Je le trouve pas forcément fondamental et nécessaire.

-I3 : « On a quand même beaucoup de formes asymptomatiques. On a une immunité quand bien même elle est acquise chez l'enfant, qui est pas forcément gardée chez l'adulte. » (N.D.L.R. à propos de la vaccination contre l'hépatite B)

-I5 : « est-ce qu'on est certain que si on se fait vacciner, on aura jamais, jamais l'hépatite B ? Si y'a une grosse épidémie, est ce qu'on ne l'attrapera pas ? Est ce qu'on l'aura un peu moins forte ? »

-I9 : « il semblerait que la grande couverture vaccinale, des études aient montré que y'a pas que des bénéfiques, c'est à dire que quand on...

Il semblerait que des travaux aient démontré que quand on ne permet pas à l'organisme d'apprendre à se défendre par lui-même, qu'il soit moins apte par la suite pour le faire. »

-I11 : « Moi j'ai eu la rougeole, j'ai été vaccinée contre la rougeole. Je l'ai eu, et je l'ai eu vraiment très, très forte. J'ai dû arrêter l'école pendant longtemps donc je ne vois pas ce que ça m'a apporté trop. »

-I12 : « en plus il me semble que les vaccins ne protègent pas à cent pour cent. Si encore on me disait, en vaccinant vos filles, elles n'auront jamais de leur vie, une quelconque méningite, allez pourquoi pas. »

Parfois (6/13), le mode de transmission d'une pathologie ciblée par la vaccination soulève un questionnement qui remet en question l'intérêt vaccinal, notamment concernant l'hépatite B qu'ils classent souvent dans les maladies sexuellement transmissibles.

-I3 : « Aujourd'hui la transmission maternelle, enfin materno-infantile, si elle est pas à zéro, voire extrêmement rare en France, on peut se poser la question. »

« Quel est l'intérêt d'aller vacciner tous les gamins d'emblée alors que en crèche ou à l'école, enfin j'en vois pas qui s'échange les seringues de tatou quoi... Voilà donc c'est...c'est se poser des questions à ce niveau-là. »

-I8 : « On est en France, après je veux bien que l'hépatite B dans d'autres pays il faut que ça soit vacciné à 1 mois...1 mois. Mais euh je pense.... Je comprends pas... je sais pas, qu'à un mois de vie on vaccine les enfants pour l'hépatite B. »

-I10 : « Concrètement est-ce qu'il va avoir une relation sexuelle, ou embrasser des gens qui vont avoir l'hépatite B ? Des bébés, franchement, avoir l'hépatite B avant cinq ans, le nombre de chances d'avoir cette maladie ? Avant cinq ans ? »

-I11 : « je me disais quel est l'intérêt de vacciner mon enfant de quatre mois contre les fluides corporels ? »

-I12 : « Pour moi, l'hépatite B c'est une MST. Ça se transmet par le sang, je ne vois pas pourquoi mon enfant de deux mois serait vacciné contre l'hépatite B. »

-I13 : « Pour moi déjà, l'hépatite B à cet âge-là, je ne vois pas l'intérêt. Voilà, il y a des choses je ne vois pas l'intérêt... »

Certains (3/13) discutent l'intérêt de ne vacciner que contre une souche de méningite.

-I3 : « Pour le méningo C... Humm... enfin c'est des politiques qui ont été, on va dire de généralisation qui ont été utilisées dans d'autres pays donc après en comparaison modérée, enfin je crois de tête ils avaient utilisé cette politique-là généralisée avec... bon ils sont pas parvenus à l'éradiquer d'une part, donc il y en a qui sont porteurs sains de ce type de bactérie, bien évidemment... »

Ils ont gagné des virages avec un... des recrudescences, du coup on a eu des nouveaux, je sais plus le Y ou les je sais pas quoi qui ont pris la place de ces.... C'est chasser un pour un nouveau qui arrive, qui est pas forcément plus gentil..... Humm.... Voilà, c'est la mise en balance entre différents facteurs. C'est quel est l'avantage du vaccin? Quels sont ces effets indésirables? Quel est son coût? Tout ça mis en balance de la population ciblée, voilà. Et à priori au vue des arguments épidémiologiques qu'on aurait à disposition, on s'interroge sur la pertinence de cette balance. Voilà, Ça c'était d'un point de vue méningo C. »

-I12 : « Alors la méningite, par exemple, j'ai lu qu'il y avait toute sorte de méningite, que ce vaccin protégeait que contre une petite... pas toutes les méningites on va dire. Voilà, pourquoi donc... je... je ne sais pas, ça me dérange. »

« Mais là, ça ne protège que contre une sorte de méningite. Elles peuvent quand même l'attraper... »

-I13 : « La méningite, je ne vois pas l'intérêt parce que c'est une méningite bien spécifique or on peut en attraper plusieurs qui ne sont pas forcément avec ce vaccin. »

Certains interviewés (3/13) évoquent le fait que certaines maladies ciblées par la vaccination soient rares, et soulèvent le fait qu'il faudrait peut-être prioriser les vaccins contre d'autres maladies plus fréquentes comme la bronchiolite par exemple.

-I5 : « y'a aucun intérêt à s'injecter quelque chose si voilà... si on n'est pas sûr de l'attraper une fois dans sa vie. »

« On a combien de chance dans la vie de croiser quelqu'un qui a un méningite et qui va la transmettre? »

« Je pense qu'on a plus vite fait d'avoir un accident de voiture, puisque les cas de méningite quand y'en a, on en entend parler, parce que tout de suite ça crée une polémique. »

-I10 : « Déjà quand on est adulte, très peu de chances, mais avant cinq ans ! C'est du foutage de gueule, on ajuste rajouté ça. »

« Qui sont tellement rares, que je ne vois pas l'intérêt d'un vaccin. »

« mais l'*Haemophilus*... euh... on n'entend jamais parler de ces maladies... J'ai eu... on en n'entend pas parler, ni à la télévision, j'ai pas vu de cas autour de moi... Tous ces trucs-là, je ne comprends pas pourquoi on nous met autant de maladies. »

-I12 : « Mais, voilà, moi j'ai grandi, j'ai eu de la chance peut-être, je n'ai pas eu la méningite, mon mari non plus, autour de nous non plus. »

« On les vaccinerait contre je sais pas... contre... contre... la bronchiolite, des maladies qui peuvent toucher vraiment les nouveau-nés, les petits et tout. Bon, je préférerais vacciner mes filles contre la bronchiolite que contre l'hépatite B quoi. »

L'un des interviewés justifie sa position d'hésitant à la vaccination du fait que certaines maladies ont disparues.

-I10 : « sachant qu'il y a beaucoup de maladies qui... humm... qui n'existent plus... »

Parfois (5/13), l'utilité de la vaccination est remise en question du fait de la minimisation du risque ou d'un sentiment d'invincibilité.

-I5 : « Donc est ce que ça vaut le coup de s'injecter quelque chose pour finalement... Est ce qu'on est garanti de ne jamais l'attraper? Ou pas? On sait pas en fait? »

-I8 : « Alors le ROR, parce que la rougeole avant n'était... on ne la vaccinait pas, c'était une euh... c'est une maladie infantile... qui... qui peut tuer, oui apparemment comme la varicelle, qui peut être costaud aussi comme maladie mais euh.....

Vacciner un enfant d'une maladie infantile qui forcément ne tue pas... voilà je sais pas trop quoi en penser on va dire. »

-I10 : « Mais concrètement parmi tous les gens qui ont ces maladies et le nombre de morts par rapport... euh... à ces maladies, je veux dire. Je trouve que c'est un peu exagéré de mettre autant de vaccins.

Notamment la poliomyélite, on en voit pas beaucoup. »

« c'est vraiment pas une histoire de santé publique, ce n'est pas avec un ou deux morts par an que l'on doit insérer des vaccins obligatoires pour soixante millions de personnes.

Ce n'est pas logique. Moi je ne trouve pas ça logique. »

-I11 : « Mais, je me dis qu'avant on se vaccinait pas et on s'en sortait très bien. »

« C'est sûr que s'ils vont en Afrique pendant six mois et que le bébé il a attrapé la méningite. Mais quelqu'un qui vit, je ne sais pas moi... mes parents en Normandie, dans la campagne, je ne vois pas comment le gosse peut attraper la méningite. »

-I13 : « Voilà, la rougeole, même quand il y avait mon fils, ça veut dire on les mettait ensemble, il l'avait, c'était fini quoi. Aujourd'hui, on dirait que c'est un cas... que c'était la peste quoi. »

Et dans d'autres cas (3/13), il est développé une certaine forme de fatalisme avec une forme de conscience du risque. Ces interviewés ont conscience du danger et acceptent d'en prendre le risque pour leur propre enfant. On voit aussi invoquer la « loi de la nature ».

-I4 : « C'est toujours un risque... n'importe quel enfant peut mourir du jour au lendemain, enfin nous aussi adultes on peut tous mourir de n'importe quoi du jour au lendemain. Et je pense pas que ce soit un vaccin qui.... »

-I10 : « Après c'est la nature je veux dire, les faibles doivent partir, les forts restent, si on a une maladie bah... on a peut-être... on sera peut-être le cas de l'année qui va mourir. »

-I12 : « J'ai juste envie qu'on laisse mes filles tranquilles. Elles attrapent une maladie, bon, c'est triste mais euh... Bien sûr qu'il y a des risques, je peux comprendre, on peut perdre son enfant avec une méningite, bien sûr ! »

« Effectivement, je perdrais ma fille d'une méningite alors que je ne l'ai pas vaccinée, je serais très, très... bien sûr... dépitée mais je ne sais même pas si je m'en voudrais en fait de ne pas l'avoir vaccinée. »

« s'il y a plus de risque à les faire vacciner, qu'à ce qu'elles attrapent la maladie en fait, je préfère, entre guillemets, prendre le risque de les laisser... voilà. »

Une interviewé exprime son sentiment qu'il y a plus de risque à vacciner qu'à attraper la maladie elle-même.

-I12 : « J'avais lu qu'il y avait plus de risque qu'il y ait un effet secondaire assez grave en vaccinant plutôt que d'attraper la maladie. »

Il a également été mis en avant, qu'il pouvait y avoir des différences de programmes vaccinaux entre les pays européens. Cela fait poser la question de la pertinence de notre calendrier vaccinal français actuel.

-I13 : « Pourquoi d'autres pays de l'Europe, justement, reviennent sur ces onze vaccins ? Pourquoi, nous, on reste bloqué là-dessus, quoi ? »

« L'Italie, elle est revenue dessus. Et il y a d'autres pays qui ne vaccinent pas autant, Suède, Norvège et compagnie... Ils ne vaccinent pas autant et ils ne sont pas plus malades que ça. Et au contraire la recrudescence de ces maladies, voilà, pourquoi nous on s'obstine ? »

d) Habitus

Le mode de vie et les croyances personnelles peuvent aussi avoir une influence sur l'adhésion à la vaccination, et sur la confiance en la médecine traditionnelle de façon plus large.

-I4 : « Dans mon entourage, on est des gens basiques on va dire, mais qui vivent le plus naturellement possible. »

« on évite tout ce qui est pas naturel en fait. »

« à l'alimentation c'est pareil, pas de voilà... si on peut manger que de nos fruits de notre jardin, on va le faire. »

e) Doutes émis par le corps médical :

L'hésitation de certains interviewés (6/13) est souvent alimentée par le discours de soignants, médecins en particulier, rencontrés au travers du parcours de soins ou dans la vie privée ou même via les médias, qui semblent ne pas toujours être favorable à toutes ou parfois à certaines vaccinations.

-I1 : « Le ROR, pour en avoir discuté donc avec maman qui est médecin, pour savoir ce qu'elle en pensait, qui elle m'a répondu qu'elle n'était pas très pour. »

-I2 : « Et puis je me rends compte que certains médecins s'opposent, et puis des professeurs, donc voilà... »

-I8 : « Euh c'est pareil je vois des articles que ce soit de médecin, puisque c'est pareil il y a des médecins qui sont anti-vaccination de nos jours. »

-I9 : « les questions plus techniques sur la qualité, enfin sur la vaccination, les adjuvants... Humm... la couverture vaccinale qui sont deux éléments qui me semblent clés dans cette question-là. Et qui ne sont largement pas admises par tous. »

-I10 : « J'ai eu plein de sons de cloches différents, des pro-vaccins, docteur U., docteur C., il faut vacciner. Et j'en ai eu d'autres où ils sont pas tous bons les vaccins, c'est pas bon d'en mettre trop, il y en a certains, c'est inutile... Il y en a certains qui sont inutiles. »

« j'ai plus confiance en mon docteur homéopathe que j'ai rencontré, qui me dit que... humm... où j'en étais ?

Que par exemple, le ROR... euh... le ROR, voilà. La rougeole toute seule, c'était un vaccin qui a été testé. Les oreillons tout seul, est un vaccin qui a été testé. La rubéole tout seul, est un vaccin qui a été testé. Par contre le ROR, mis tous les trois ensemble, n'a pas été testé. »

-I13 : « il y a peut-être un mois de ça aux infos, il y a un médecin qui a dit que tous ces cas de rougeole qu'il y a eu... C'est la rougeole qui est très dangereuse ?... Que c'était pas vrai, que ça avait été inventé ! »

f) Nombre de vaccins et vaccins combinés :

Par près de la moitié des interviewés (5/13) est évoqué une « surcharge » possible de notre système immunitaire par le nombre total de vaccins. Ils incriminent souvent les vaccins combinés notamment l'hexavalent.

- I1 : « Ben qu'on va stimuler le système immunitaire pour ONZE défenses immunitaires en même temps alors que ok pourquoi pas faire.... »
« ça rendrait peut être moins dingue le système immunitaire »
-I4 : « les vaccins qui me dérangent le plus c'est ceux... c'est de... c'est d'en avoir six ou sept dans le même vaccin. »
« ça veut dire que le corps doit lutter contre six virus d'un coup, moi ça me paraît beaucoup. »
« Oui, je pense que l'organisme ne sait plus contre quoi vraiment lutter et que c'est trop, c'est trop d'un coup. »
« Et bon, je les ai bien vécu donc j'ai pas de mauvais souvenir. Mais c'est vrai que de trois à onze....Hum... bah du coup ça fait beaucoup quoi. »
« Un par un... je dis pas que c'est sans danger non plus mais au moins ça peut permettre au corps de dire bon là on m'a injecté quelque chose, je vais lutter contre ça, je vais me faire un système immunitaire. On en met six, ça commence à... pour le corps je pense que ça fait beaucoup. »
-I6 : « ils ont pas les mêmes défenses qu'un adulte ou quoi, et que c'est un peu, c'est beaucoup. »
-I12 : « Le prevar je ne l'ai pas fait en même temps, je l'ai fait le mois d'après. Je ne voulais pas faire les deux en même temps, je trouvais que ça faisait beaucoup dans un petit corps de faire tout ça en même temps. » /
« Si les pauvres petits à deux mois, on leur met six trucs, c'est pas... Donc voilà, ce n'est pas... C'est pour ça que j'ai fait le prevar un mois après. »
-I13 : « Déjà le nombre, onze ! »
« On injecte onze vaccins d'un coup à des petits choux là. »

Un interviewé explique que c'est le nombre de onze vaccins obligatoires en lui-même qui pose problème, avec la notion de toxicité cumulée qui est sous-entendue implicitement.

- I10 : « Je pense qu'un vaccin est bon dans un moment donné, dans un pays donné. Mais là en France, onze vaccins, j'hallucine... »
« On est en pays développé. Il y a des maladies certes, mais on...euh... je trouve ça trop. » « Maintenant, il y a DTP plus aluminium, plus Haemophilus, plus hépatite B... »

g) Effets secondaires et toxicité :

- Poison :

La vaccination, ou du moins certains vaccins, sont comparés par quelques interviewés (4/13) à un poison. Chez certains patients, il est mis en évidence le sentiment profond qu'administrer un vaccin à leurs enfants équivaut à leur donner un poison.

- I4 : « alors qu'on a le sentiment aussi que on sait pas si on va les empoisonner en... On a le sentiment... on a ... Enfin moi j'ai... c'est comme un poison quoi!
Moi ce mot Infanrix quand je le vois sur la boîte, c'est... c'est... c'est un poison! »
-I5 : « on s'injecte assez de merde dans le corps en prenant des médicaments à outrance... surtout en France d'ailleurs. Mais je vois pas l'intérêt de s'en rajouter si y'a pas forcément besoin. »
-I10 : « Ce qui fait qu'à la fin on a tous des cancers. »
« Pas besoin de mettre des mauvaises choses dans le corps. »

« On mange mal, on respire mal, on bouffe du pesticide et on est vacciné à tout va. »

-I2 : « Mais pour moi, c'est du poison. »

- Hasard vaccinal :

Une notion importante est soulignée par plusieurs interviewés (4/13), il s'agit du sentiment de hasard. En effet, ils évoquent la peur de « jouer à la roulette russe » en vaccinant leurs enfants à savoir de les exposer à des effets secondaires imprévisibles.

-I1 : « je suis curieuse de voir la répercussion dans une dizaine d'années sur les gamins qui auront subi cette batterie de tests. »

« mais en croisant les doigts de faire parti de la bonne partie (rire). »

-I3 : « enfin on verra les effets à long terme. »

-I4 : « Moi, mon enfant je veux pas jouer à la roulette russe avec quoi! Donc je préfère ne pas faire... »

« Mais il y a quand même ce sentiment de dire on verra bien. On va le faire, il faut le faire et on verra! (Rit jaune) »

-I8 : « C'est toujours pareil, c'est la roulette russe pour moi les vaccins. »

« Bon, après les vaccins on en est à de la roulette russe comme dans... comme toutes les maladies mais dans ces cas-là on ne sort plus de chez soi, on ne prend pas la voiture car on risque de mourir.... »

- Expérimentation vaccinale :

Le fait que leurs enfants puissent être des sujets tests concernant les vaccins, voire être des cobayes est également évoqué par quelques patients (2/13).

-I10 : « Ce qui me fait d'autant plus peur, c'est qu'en fait mon fils est dans les bébés tests. »

« je me sens piégée parce que mon fils fait partie des bébés tests. »

-I12 : « je n'ai pas trop envie que mes filles soient des cobayes. », « à titre individuel, ça me dérange pour mes filles, qu'elles soient des cobayes. »

Cette notion d'incertitude, de doute sur ce qu'il peut advenir à long terme après la vaccination est très présente chez la moitié des sujets (7/13).

-I4 : « Et donc vaut mieux plus que pas assez, et puis voilà et puis on envoie le paquet et puis on verra bien ce que ça donnera... »

« C'est embêtant, c'est embêtant parce que quand on fait un vaccin, on sait pas comment notre enfant va réagir »

-I6 : « Bah on est pas sûr justement des effets secondaires qu'il peut y avoir... »

-I8 : « Voilà y'a des enfants qui vont se faire vacciner à gogo et qui auront jamais rien, et y'en a un qui va se faire vacciner qui ne va pas le supporter. »

-I9 : « il faudrait qu'il y ait des preuves, mais durables, c'est-à-dire, c'est pas : « on pari sur l'avenir des enfants parce que (fait un geste avec le doigt sous le nez, pour signifier qu'on ferait les choses « au pif »), aujourd'hui voilà ». »

« Pour moi cette incertitude elle est évidente ! Elle est évidente. »

-I10 : « Sauf que là, on ne sait pas du tout ce que ça va donner. Et que ça, on le saura dans dix, quinze, vingt ans, trente ans... et qu'en attendant, mon fils sera un test, et que je ne veux pas de ça. »

« Et on balance ça sur les corps, comme ça, à tout va, sans savoir ce qu'il y a comme conséquence derrière. Voilà. »

-I12 : « un enfant tous les ans, je n'en sais rien, mais ça peut être les miennes, et je ne le sais pas. Et je n'ai pas envie de prendre ce risque. »

-I13 : « Et puis voilà, les conséquences à long terme. Voyez (montre sa fille), elle, elle a eu le rappel. On m'a dit : « bah, ça s'est bien passé. » Oui, d'accord, mais dans dix, quinze ans ?? Voilà.... »

- Effets secondaires :

La crainte des effets secondaires est un sujet récurrent chez une majorité de sujets (9/13).

-I1 : « il y a des gamins qui vont porter des graves répercussions neuro ou sur leur santé. »

-I3 : « On a eu comme des réactions, notamment fébriles, qui étaient pas forcément bien tolérées chez les enfants. »

-I4 : « D'après ce que j'ai quand même compris ça peut, ça peut quand même mal se passer. Il peut y avoir des effets secondaires, il peut y avoir des maladies qui se déclenchent, peut être dues à ça! On n'est pas sûr... Oui, d'accord, mais bon! »

-I6 : « Parce qu'il y a eu pas mal d'effets secondaires au début de la vaccination du vaccin de l'hépatite B, donc j'attends à chaque fois de voir s'il y a beaucoup d'effets secondaires et si c'est pas le cas je fais vacciner. »

« Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne font pas vacciner leurs enfants parce qu'ils ont peur des effets secondaires de certaines vaccinations. »

-I8 : « je demande parce que bon j'ai des inquiétudes sur les effets secondaires, parce qu'on en entend parler hein... »

-I10 : « Moi, je pense qu'il y a plus de chances de chopper un effet secondaire que de chopper la maladie en soit. »

-I11 : « Et à chaque fois qu'il a fait les vaccins, j'ai appelé la pédiatre en disant mais qu'est-ce que je fais. Il a hurlé pendant vingt-quatre heures, il ne pouvait pas dormir. Il pleurait, il sanglotait vraiment. Donc j'ai plus envie de lui infliger ça. »

-I12 : « des handicaps, le cerveau qui... enfin des problèmes au cerveau. »

« Voilà, de toute manière on prévient bien qu'il peut y avoir de la fièvre... Des symptômes comme ça, moi ça m'ennuie d'inculquer ça à mes enfants. »

« Alors, c'est peut-être rare, mais il y a des enfants qui réagissent très, très mal à certains vaccins... »

-I13 : « On est bien d'accord que ça peut arriver. Une mauvaise réaction. Enfin, moi j'ai travaillé dans un centre pour handicapé donc je sais que ça arrive. »

- Maladies engendrées par la vaccination :

Il existe également une réelle crainte chez certains interviewés (5/13) concernant l'idée que des maladies sont engendrées par certaines vaccinations. Cela fait suite aux polémiques de la sclérose en plaque et de l'autisme, respectivement engendrées par les vaccins contre le virus de l'hépatite B et contre celui du ROR.

-I1 : « Et l'hépatite B, Humm... l'hépatite B, parce que... Humm.... Parce que pour le coup j'ai lu plein de témoignages de personnes qui ont des scléroses en plaques, qui sont souvent survenues, en tous les cas dans l'épisode, dans l'histoire de la maladie, après des vaccins contre l'hépatite B. »

-I3 : « e qui commence à sortir en termes de maladies auto-immunes » (parle de l'hépatite B)

-I7 : « On sait pas. Voilà on a déjà entendu des problèmes d'autisme, des problèmes des maladies... Voilà, si ça tombe sur son enfant, bah voilà... On n'a pas envie que ça tombe sur le sien. »

-I8 : « Oui le ROR, bah l'autisme, on en entend beaucoup, après bon... »

-I10 : « c'est les effets secondaires, moi, qui me font flipper. Je reviens là-dessus, sur la sclérose en plaques, sur l'autisme. C'est surtout ça qui me fait peur. »

« Parce que je suis de la génération hépatite B et qu'un ami à moi a eu la sclérose en plaques. »

« Que pour la rougeole, oreillons, rubéole, on a toujours, enfin, c'est pareil, il y en a qui se battent pour qu'on reconnaisse le lien entre autisme et ce vaccin. »

Certains interviewés (3/13) font part de leur crainte que le vaccin ne génère une maladie à leur enfant via la vaccination, soit du fait de l'agent infectieux injecté, soit du fait des autres substances contenues dans le vaccin.

-I4 : « Pas parce que j'ai pas envie... pas parce que je veux que mon enfant décède d'une maladie injectée, hein! »

-I10 : « Je ne sais pas si ça vient des adjuvants, des nanoparticules, du fait d'avoir inséré cette maladie alors que le corps n'était pas prêt. Euh, j'en sais rien. Je sais pas... »

-I12 : « Ça ne me plaît pas de mettre une maladie dans le corps de mes filles »

- Sous-estimation des effets secondaires et manque de recul :

Le discours de certains interviewés (6/13) tend à suggérer que les effets secondaires potentiels sont d'une part sous-estimés, et que d'autre part nous manquons de recul pour les évaluer.

-I3 : « Enfin aujourd'hui on a une sous déclaration majeure qui fait que avoir une connaissance claire de la balance bénéfice/risque d'un vaccin en l'occurrence, faut être quand même assez cavalier pour y aller serein et piquer. »

« Qui s'occupe du recueil et de l'évaluation des effets indésirables....Humm... puisque c'est pas forcément fait dans les études des firmes. Que vaut aujourd'hui la pharmacovigilance en France? »

-I6 : « Je pense que les effets secondaires sont pas assez connus et qu'il y a beaucoup de monde qui ont peur de ça. »

-I9 : « c'est aussi le discours qui est tenu, sauf qu'il n'y a pas suffisamment de recul, scientifiquement parlant, et même plus... c'est-à-dire qu'il y a aussi des travaux qui démontrent que bon voilà, on est loin d'être safe et que... y'a des positions très fermes et très officielles juste à côté de chez nous qui sont très différentes de celle-là.... »

-I10 : « Moi ce qui m'agace, c'est ça en fait, c'est qu'on envoie des vaccins sans se... sans s'intéresser aux conséquences. »

« le temps est nécessaire pour que des recherches soient faites, que les résultats de ces recherches puissent être connus, qu'il y ait des méta-analyses qui sortent sur ces questions-là, le risque ou le non risque de ces vaccinations, de ces produits, de ces quantités-là, à ces âges-là. »

« Je me sens piégée parce que je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu des études de faites sur l'histoire des onze vaccins, qu'on ne sait pas les conséquences que ça va donner. »

-I11 : « Je pense que parfois ça a plus de répercussions négatives sur les bébés qu'autre chose, en fait. »

« Avant d'aller vacciner mon bébé, justement, j'avais reculé le premier vaccin parce que j'avais lu sur internet qu'une famille avait perdu... deux familles avaient perdu leurs enfants vingt-quatre heures après les vaccins. »

-I13 : « On parle de vaccins, de protection, etcetera... Mais on ne parle pas des accidents dus aux vaccins, ça arrive. »

« Qu'il n'y a aucun recul au jour d'aujourd'hui. »

Une interviewée évoque la notion d'apparition d'une résistance progressive à la vaccination.

-I4 : « pour moi, c'est un peu comme l'antibiotique, en fait, c'est que c'est oui... ça va marcher... oui ça va empêcher d'avoir la maladie mais... puisque alors si j'ai bien compris on injecte le virus dans le corps mais si tout le monde fait ça et à force de faire ça, pour moi... euh Les virus ils vont être de plus en plus fort, ils vont... ils vont trouver des failles en fait à ça. Ils vont venir s'installer mais plus fort. »

5. Méfiance vaccinale :

Après la crainte et l'incertitude des effets secondaires, la méfiance vis-à-vis des différentes instances, qu'elles soient politiques, pharmaceutiques, médiatiques ou médicales est un des déterminants de l'hésitation vaccinale le plus présent dans le discours des interviewés.

a) Causes et facteurs de résurgence de la méfiance :

- Difficultés d'approvisionnement :

L'indisponibilité de certains vaccins non combinés, ou le fait que certains interviewés n'aient pu avoir accès qu'à certains vaccins combinés avec plus de vaccinations qu'ils n'auraient préféré réaliser (comme Infanrix quinta® ou hexa® plutôt que le vaccin contre le DTP seul), participe à ce sentiment général de méfiance.

-I3 : « il y a eu une baisse, enfin des difficultés d'approvisionnement de certains vaccins. »

« On sait toujours pas forcément pourquoi, ou on a eu des excuses un peu bizarres, le gouvernement n'est pas intervenu. Alors si vraiment il y avait eu péril sanitaire, ils ont les moyens effectivement de prendre le relais sur les labos fournisseurs. Ils l'ont pas fait. Et du jour au lendemain, on passe à une politique globale, enfin c'est... y'a des espèces de paradoxes qui ne cessent de surprendre. »

-I4 : « Et quand j'ai voulu... quand j'ai demandé ça, il m'a dit y'en a plus et c'est pas possible, c'est en rupture de stock. Et c'était en... du coup 2015, rupture de stock de ceux qui existaient avant et qui étaient bien séparés, et j'ai pas eu le choix, il m'a dit y'a que l'Infanrix. Il n'y a que celui-là!

Parce que c'était rupture de stock de l'autre.

Donc... bah donc je l'ai fait... »

-I8 : « C'est pareil, c'est encore un problème de... Le DT-Polio qui était seulement obligatoire, avant 2018, parce que moi ma fille elle est d'avant. Euh... introuvable... »

« Euh donc j'avais pas le choix de vacciner ma fille contre d'autres maladies alors que j'en avais peut-être pas forcément envie. »

-I9 : « Sauf qu'il y avait une pénurie de ce seul vaccin là depuis déjà un moment, et donc on a été obligé d'utiliser, je crois que c'était le penta... penta-quelque chose me semble-t-il. »

« ça renforce ma position de doute et de besoin du coup encore plus fort d'avoir des garanties. »

-I11 : « Alors il est vacciné contre l'hépatite, elle l'a quand même fait parce que... Non c'est ça que j'ai trouvé honteux, c'est que j'ai voulu faire tétanos et tout sauf que l'hépatite est dedans. »

« en fait, en France, on n'arrive pas à trouver les vaccins séparés. Il faut aller en Suisse pour les trouver »

-I12 : « J'ai voulu trouver le DTP. Impossible à trouver tout seul ! »

« Donc, j'ai dû la vacciner contre l'hépatite B quand même. J'ai dû prendre l'Hexyon®, je crois qu'il y en a cinq... il y a six maladies dedans. Et ça, ça m'a aussi vraiment, vraiment, vraiment dérangé ! »

« Alors peut-être que oui c'est compliqué de fabriquer que le DTP et après moi, je ne travaille pas dans les laboratoires mais... humm... mais oui, ça m'a dérangé. »

« Du coup je me dis qu'il y a aussi de l'hypocrisie. C'est obligatoire pour les enfants nés à partir du premier janvier, non, c'est en fait on n'a pas le choix, même avant on n'avait pas le choix. »

- Campagne H1N1 :

La campagne de vaccination contre la grippe A, H1N1, en 2009-2010, est toujours bien ancrée dans les mémoires et alimente le sentiment de méfiance vis-à-vis des autorités en charge des campagnes vaccinales comme l'expriment trois interviewés.

I3 : « La confiance pourquoi elle a été perdue? C'est ça la question! C'est est ce que... on a eu un infléchissement, mais dû à quoi? Il y a eu le flop du H1N1, donc les parents effectivement, ils ont compris aussi que les choses sortent. Les médecins ont compris... beaucoup de médecins ont compris à postériori ce qu'il s'est passé. »

« le doute a été généralisé, et je pense fondé sur ce qu'il s'était passé qui a été un énorme...enfin une énorme erreur gouvernementale. Donc cela, effectivement il y a eu une baisse probablement d'adhésion à la vaccination. »

-I5 : « Comme quand ils ont fait les vaccins pour le H1N1, pour les poulets et tout ça. Bon ça y a été à tire-larigot, et puis en fait il s'est avéré que ce qu'il y avait dedans c'était pas forcément top, top non plus quoi. Donc c'est un peu ces cas-là aussi qui ont fait que... »

-I6 : « Le vaccin contre la grippe A par exemple, je trouve qu'il a été élaboré beaucoup trop vite et qu'il n'y a pas assez de retours, de vues sur ce qui pouvait éventuellement arriver après la vaccination. »

« Oui, ils ont voulu vacciner tout le monde en masse, mais il n'y avait pas de retour sur les éventuels effets secondaires et ainsi de suite. »

- Manipulation :

Un autre aspect favorisant ce sentiment de méfiance chez une majorité des interviewés est l'impression d'être manipulé, le plus souvent par les laboratoires pharmaceutiques mais aussi par nos dirigeants politiques et les médecins. Ils expriment le fait que les médecins eux-mêmes sont manipulés et dirigés par les autorités de santé et l'Etat.

-I3 : « la justification de la vaccination généralisée est basée sur pas grand-chose. Et rien que ça ou si vous voulez redonner confiance, ne serait-ce qu'aux praticiens ou aux parents, j'ai peur qu'ils aient fait... »

« Je suis pas certain qu'aujourd'hui les praticiens de terrain aient été mis dans la boucle pour la concertation nationale. S'ils l'ont été, qu'ils avaient peut-être des avis divergents, je pense que leur avis a été mis sous les paillasons. »

-I4 : « Moi j'ai senti les médecins que j'ai vu quand on parle de vaccins, on sent qu'on leur a donné des ordres. Ah, si vous avez des parents qui hésitent, montrez leur ça, dites leur ça... On sent que par derrière quand même il y a quelque chose qui est forcé un peu. »

-I6 : « Je pense que les gens trouvent de tout et de rien, et du coup on sait plus si c'est réel ou si y'a un peu de... de... d'arrangement derrière, on va dire. »

« C'est ça. Entre ce qui est vrai et ce qui est manipulé derrière. »

-I8 : « quand je vois les... enfin tout est fait pour faire peur. Au final, moi ça me fait plus réfléchir à pourquoi ils agissent comme ça. »

« quand il y a eu l'épidémie de la rougeole, on en a fait des caisses. Ça passait à la radio toutes les cinq minutes... Euh... On m'a dit oui la rougeole ça tue ! Oui mais la varicelle ça tue... enfin y'a plein de maladies qui peuvent tuer... Euh... Une grippe ça peut tuer... »

-I9 : « Mais on se rend compte à quel point tout ça a un poids, et tout ça dirige... Humm... les décisions... alors, tout ou partie.... Mais bon voilà, le glyphosate, le rapport des écrits de Monsanto qui sont mot pour mot les rapports délivrés aux commissions sénatoriales. »

-I10 : « le mec du laboratoire pharmaceutique le dit lui-même, qu'ils ont rajouté ces vaccins parce que le concurrent voulait faire un truc machin... enfin voulait venir sur la piste des vaccins lui-aussi et qu'il a rajouté des trucs, comme ça tac, et puis hop c'est plus cher, et paf paf, et lui il reste sur le marché. »

-I12 : « Paraît-il qu'il y aurait d'autres adjuvants qui seraient moins dangereux qu'on pourrait mettre mais qu'on ne met pas. Pourquoi je ne sais pas... »

-I13 : *Moi : « Vous avez l'impression qu'il y a un discours formaté alors ? »*

I13 : « Oui, oui ! Ils vous ont lobotomisé le cerveau... enfin moi je sais pas mais... (rires)... »

b) *Différents niveaux de méfiance :*

- Envers l'industrie pharmaceutique :

Le discours d'une majorité d'interviewés (10/13) est très critique par rapport à l'industrie pharmaceutique. D'une part est évoqué en premier lieu l'aspect financier avec l'énorme bénéfice occasionné par le marché de la vaccination, et d'autre part, est souligné le manque d'honnêteté des laboratoires en incriminant la véracité de leurs résultats et en les accusant de dissimulation des effets secondaires.

Le lobbyisme pharmaceutique avec son poids financier est particulièrement cité.

-I1 : « pour avoir un point de vue différent, qui est pas forcément sous la coupe d'un pays dont les laboratoires font fortune. » (N.D.L.R. en parlant de l'information scientifique provenant de pays européens limitrophes)

-I2 : « Plus les accidents qu'il y a eu sur pas mal de médicaments, de plus en plus, et puis un attitude de, une volonté de pas divulguer des choses aussi.... »

« si on vaccine aucun enfant, c'est la catastrophe. C'est pas 2-3 enfants avec des affaires qui sortent, c'est des centaines de milliers d'enfants qui disparaissent. Voilà, mais ça ne justifie pas l'attitude de certains industriels. »

-I3 : « D'un autre côté, on confie l'étude....Humm... l'étude de la validité des vaccins, enfin de leur efficacité aux firmes elles-mêmes sans forcément aller faire une analyse fine de leurs études qui sont souvent, si on les passe en méta-analyse...en... on se dit bon c'est peut-être pas si bon que ça.

« le marché des vaccins c'est quatre ou cinq gros labos au niveau mondial qui font leur choux gras là-dessus. C'est des milliards d'euros, c'est à dire que je vends un vaccin 80 euros et que j'en vaccine un, vaut mieux que je baisse un peu mon prix, ou mieux que j'arrive à le garder à 80 idéalement et que je vaccine cent milles gamins et là c'est tout bénéf. »

-I4 : « parce que ce qui est médiatisé pour moi c'est le système pharmaceutique et tout ce qui va... tout ce qui tourne autour de la pharmaceutique et du business de la pharmaceutique, et l'argent au final. »

-I5 : « Comme dans tout d'ailleurs, tous les médicaments, c'est au fur et à mesure qu'on découvre que certains médicaments sont dangereux, que ci, que là... Donc, à un moment donné, qu'est-ce qu'il y a vraiment dedans? »

-I7 : « On entend des lobbys pharmaceutiques, on sait pas ce qu'ils mettent dedans, on sait pas si c'est des accords. »

-I8 : « je suis pas non plus pour la sur-vaccination de masse pour... tout ce que ça engendre derrière... le business des lobbys et tout le reste... Voilà. »

« est-ce que vraiment ils ont beaucoup de recul là-dessus ? ou pas ? ou c'est vite, vite, on envoie les vaccins, l'argent rentre et puis on verra derrière. »

-I10 : « je pense aussi que tout ça c'est financier. »

« Ce n'est pas un intérêt public de mettre autant de vaccins. Je pense que c'est juste une question d'argent et de voilà, on est à l'époque de la thune, la thune, la thune. »

« On se fiche totalement de la santé des gens, on se fiche totalement de leur position sociale, c'est... euh... ils ont de l'argent à prendre, point ! »

« Et donc, on préfère vacciner tout le monde, soixante millions de personnes, récupérer fois autant d'argent par tête, plutôt que d'avoir un petit peu d'argent sur celui qui va être malade. »

-I11 : « C'est sûr. Enfin oui, j'en suis sûre. Je pense, non je n'en suis pas sûre, parce que je ne sais pas mais je le pense fortement. Je pense qu'ils ont un bon intérêt derrière à faire vacciner beaucoup d'enfants avec beaucoup de vaccins pour gagner beaucoup d'argent. »

-I12 : « je pense que c'est beaucoup de lobbies là-dessus quoi. Je pense que c'est pour remercier les labos... Bon, après je parle comme ça, c'est drôle de dire ça dans un... »

- Envers les pouvoirs publics :

La gestion de la politique vaccinale par nos dirigeants politiques est elle aussi largement (7/13) remise en question. On constate que les interviewés expriment une méfiance certaine liée à l'influence que peuvent avoir les enjeux financiers de l'industrie pharmaceutique sur les décisions de politique de santé publique. Le sentiment de corruption est omniprésent dans leur discours.

-I2 : « J'ai un ami qui est policier, qui travaille à la DTI, qui travaille sur des dossiers qui ont été mis sous embargo par le premier ministre, des dossiers sanitaires. Donc il y a des choses qui sont cachées. »

-I3 : « Donc il y a quand même des enjeux financiers derrière, mais qui je pense ne figureront pas sur la justification de notre ministre de la santé pour justifier sa politique. »

« Aujourd'hui, je n'ai pas confiance aux instances publiques clairement! »

-I7 : « Mais bon, on sait...voilà... On sait toujours que y'a des intérêts, des choses comme ça et ça, ça fait peur. Peut-être que c'est vrai, peut-être que c'est ça, mais on se dit toujours... peut-être qu'il y a des intérêts derrière, peut-être qu'il y a eu des signatures... On sait pas, on sait jamais, ils sont jamais vraiment honnêtes. »

-I8 : « Bah on a déjà du mal à faire confiance à notre gouvernement donc euh... à qui faire confiance de nos jours... quand tout est... pour moi tout est un peu corrompu... »

-I9 : « ce contexte politique, ce contexte médical... Enfin ce contexte politique extrêmement controversé pour le moins, ce contexte médical extrêmement controversé pour le moins... »

« Il y a un certain nombre de choses au début du quinquennat... contextuellement, cette loi pour la vaccination, elle y est, dans tout ce package de... de... changement à outrance qui a été opéré à ce moment-là. »

-I10 : « Je pense que c'est un truc avec les laboratoires pharmaceutiques et notre cher président, ou tous ceux qui nous dirigent, et celui qui est au-dessus de lui, enfin ceux qui sont au-dessus de lui. »

« franchement, en trois mois, ils ont fait bah peut-être qu'on va passer les onze vaccins obligatoires, paf ! (claque des doigts) Onze vaccins obligatoires ! »

« ce qui m'a agacé c'est que... y'a pas eu de concertation... », « est-ce qu'il y en a eu une de concertation avant de décider de mettre ces onze vaccins ? »

-I12 : « en l'Etat je n'ai pas confiance. Moi, pourquoi il fait ça, je ne sais pas si c'est pour protéger nos enfants ou si c'est pour faire plaisir aux laboratoires ou voilà... »

« C'est étrange, parce que j'en parle plutôt avec un cercle proche. Mais oui, effectivement, je pense qu'il y a un énorme lobby et que faut remercier les labos pour la campagne présidentielle et tout ce qui s'en suit. »

« je me demande pourquoi c'est arrivé de suite après l'élection présidentielle... euh... une des premières mesures, voilà, je ne sais pas. Pourquoi ? Je me demande. »

- Envers les médias :

Un seul des interviewés met en cause la probité des médias.

-I6 : Ben la télé, elle parle pas trop de la vaccination, ou alors c'est pareil ça vient des médias. Est-ce que c'est arrangé pour... pas pour l'audience dans ce cas-là mais pour forcer un petit peu entre guillemets ou envoyer les gens un petit peu plus dans une direction que dans l'autre. On sait plus.

- Envers le corps médical :

La méfiance est aussi exprimée par les interviewés (5/13) vis-à-vis des médecins, des scientifiques qui participent aux prises de décisions concernant la politique vaccinale.

-I3 : « nos épidémiologistes des instances faisaient scotomiser tout ça malheureusement parce qu'il y avait probablement de gros enjeux financiers derrière. »
 « Aujourd'hui je pense que, enfin voilà on a des professionnels de la politique, des experts scientifiques qu'ils soient médecins, pharmaciens ou autres, qui ont des parcours qui font qu'ils sont acoquinés avec de grosses industries »
 « C'est à dire, j'ai eu su, que ce soit la haute autorité de santé, que ce soit le bulletin épidémiologique. C'est comme tout, c'est pas tout noir ou blanc, il y a des nuances de gris qu'il faut savoir jauger. »
 -I4 : « Après c'est pas pour ça que j'ai confiance en aucun médecin. Mais...Humm... je pense que vous êtes quand même... ce milieu-là est chapeauté par des choses que vous contrôlez même pas vous-mêmes, enfin le milieu en tout cas. Et c'est pas qu'on fait pas confiance en la personne, c'est pas confiance au système qu'il y a au-dessus, qu'il y a derrière. »
 -I7 : « Après les médecins aussi ils peuvent être corrompus par les lobbys pharmaceutiques. »
 -I11 : « Euh je ne sais pas, pourquoi pas des scientifiques... Et encore, je me dis que... qu'ils peuvent dire ce qu'ils veulent avec l'argent. »
 -I13 : « j'ai vu mon médecin traitant, j'ai vu Mme C., ils parlent, ils disent exactement mot pour mot les mêmes choses ! »

c) *Conséquences de la méfiance :*

Cette méfiance de façon générale entraîne, chez une majorité d'interviewés (7/13), la remise en question de l'information vaccinale.

-I1 : « Evidemment, mais généralement, elles sont quand même très orientées. Mais oui bien sûr, de toute façon c'est hyper important. », « je vous parle des panneaux à l'école ou à la crèche, c'est une forme d'information et elle est TRES orientée. »
 -I2 : « Et quand on croise toutes ces informations avec un ami qui est anesthésiste au CHU de Nantes, euh, le professeur... (il me donne son nom)... on se connaît depuis qu'on est gamins. Et puis un autre qui est gendarme, et un autre qu'est commandant et un autre qu'est à la DGSE et machin... et bah on en vient à une conclusion qui n'est pas géniale. On en vient tous à se gratter la tête... »
 -I3 : « Mais aujourd'hui voilà, je suis incapable de, on va me dire à la fac, je reprends la fac, ou je fais de la formation continue, on va me dire à partir d'aujourd'hui c'est comme ça qu'il faut faire pour telle pratique. Il est hors de question que je prenne ça comme matière mâchée et que je me dis je vais le faire. »
 « on se retrouve facilement avec un stylo, une ordonnance, un Vidal et des...comment dire... des textes de recommandations qui peuvent aller plus dans l'intérêt financier de grosses firmes que dans l'intérêt de la santé publique et de nos patients. »
 « Aujourd'hui, oui les instances dont infovac, santé publique France qui s'est encore renommé histoire de rendre le truc encore plus fou. On arrive à retrouver, souvent on a les mêmes ou qui ont les mêmes parcours, on a pas coutume de les nommer... pas tous, on a des gens intègres et très biens dedans. On a ce qu'on appelle les KOL, les Key Opinion Leader, qui sont leaders d'opinions, qui sont pour la plupart des mecs qui ont des gros cachets avec les industries et qui ont une neutralité qui mérite d'être réinterrogée régulièrement. »
 -I8 : « pourquoi n'auraient-ils pas raison ? Est-ce que vraiment y'a beaucoup d'études derrière les vaccinations de faites pour savoir sur du long terme ce que ça peut provoquer ? Parce qu'on parle de maladies auto-immunes, de machins comme ça. »
 -I11 : « En même temps je n'y croirais pas... »
 -I12 : « Par contre, quand on me dit que c'est tout rose, c'est super... euh... non ! Je... là je ne les crois pas donc je me dis que même le positif est peut-être faux au final, parce que... on veut nous faire accepter cette loi et du coup on ne nous dit pas... on ne nous dit pas forcément tout là-dessus. »
 « Mais je prends beaucoup sur moi, et je ne sais même pas si on me disait c'est pas dangereux, c'est pas dangereux, je me demande si je le croirais en fait. »

-I13 : « Alors comment on peut s'informer quand il y a plein de monde, du monde médical, qui vous sortent mot pour mot les mêmes choses là-dessus. On peut pas être informé plus ou moins. »
« Mot pour mot, on va vous sortir les mêmes mots, les mêmes choses ! Mais c'est pas pensable. Enfin, pour moi, c'est pas possible. »

6. L'information vaccinale :

a) *Les différentes sources d'information :*

Les sources d'informations consultées par les interviewés sont variées.
Il peut s'agir du carnet de santé (3/13).

-I1 : « je suis allé chercher un peu plus loin que ce qu'il y avait marqué dans le carnet de santé, pour savoir pourquoi certaines personnes étaient contre. »

-I4 : « le carnet de santé, si on lit tout, y'a des informations... »

-I5 : « Après le carnet de santé si on le lit bien, normalement sur le carnet de santé des enfants, c'est marqué les vaccins, pourquoi, combien de temps il faut les... il faut les refaire après etc etc... »

L'information est aussi prise auprès du personnel médical (5/13), qu'il s'agisse du médecin traitant, du pédiatre ou bien des médecins s'exprimant dans les médias ou sur internet.

-I5 : « Moi je vais pas y aller par quatre chemin. C'est si tu veux être vacciné, tu vas voir le médecin et tu lui demandes de t'expliquer. Parce que lui c'est le plus apte à t'expliquer »

-I8 : « Bon après le Docteur Joyeux, ça je pense que tout le monde le connaît. Et il y a eu des articles aussi d'une femme je crois aux Etats-Unis qui avait fait des recherches sur le ROR... c'est pareil y'en a plusieurs après. »

-I9 : « essentiellement en lisant des écrits assez partisans et assez opposés, le professeur Joyeux par exemple, voilà dont je reçois la petite missive chronique régulièrement. »

« j'ai suivi à partir des lettres du professeur Joyeux et des liens qu'il pouvait mettre »

-I10 : « Je regarde, j'écoute des docteurs. »

« je suis allé voir beaucoup de médecins, j'ai discuté avec mon médecin généraliste, le docteur U., j'ai discuté avec le docteur C., j'ai discuté avec deux homéopathes, un à Biarritz et une Bayonne »

-I12 : « j'interroge aussi ma pédiatre... Mais... euh, voilà... »

Certains interviewés (4/13) s'informent via l'entourage notamment des amis ou personne de la famille exerçant la profession de médecin.

-I1 : « Le ROR, pour en avoir discuté donc avec maman qui est médecin. »

« Alors j'appelle maman parce que elle, elle est très au point, parce qu'elle a travaillé pour des laboratoires, sur la vaccination, donc j'appelle maman pour lui demander son avis. »

« j'en parle avec des copains médecins, qui ont des avis plus pondérés souvent, qui font souvent, comment dire, du bénéfice risque de la vaccination et de la non vaccination. »

« un copain qui m'a fait passer tous les risques de l'hépatite »

-I2 : « via les amis qui sont médecins. »

-I4 : « Mais c'est beaucoup mon... les amis, l'entourage. C'est principalement dans mon entourage... »

-I12 : « Après, je demande autour de moi aussi. Par exemple, mes beaux-parents ont des amis médecins. »

La majorité des interviewés (12/13) s'informent via le réseau internet. Il peut s'agir de sites dédiés à la vaccination, pro ou contre ; de blogs ; de forums de discussions ; ou encore de vidéos sur YouTube® notamment.

-I1 : « Et après évidemment je regarde sur internet. Il y a eu un moment où j'étais sur des pages qui étaient pro et contre. Dans les deux cas je suis sorti des groupes parce qu'ils me saoulent. »

-I2 : « via les biais d'internet, »

-I3 : « il y a un blog que j'aime beaucoup qui était...euH.... J'adhère pas à tout, mais il y a des choses qui sont bien faites, qui est le Doc du 16 »

-I4 : « c'est internet qui permet de taper des mots clés et d'aller fouiller un petit peu plus précisément sur... c'est très large moi quand j'utilise internet, je vais pas taper les reportages les plus vus, je vais aller chercher la composition, je regarde la boîte, la composition... Et oui après avec internet, on apprend aussi des choses où là ça nous met le doute. »

-I6 : « Tout ce qui est internet. Comme tout le monde, on vit moderne, donc dès qu'on cherche une information on va sur internet »

-I7 : « On peut s'informer sur internet. »

-I8 : « Du coup ça me fait aller chercher sur internet, avec mes petits moyens, et là on voit de tout hein. Donc forcément bah on se pose des questions. »

« J'essaie de trier au mieux ce que je peux... Euh... j'ai évité de regarder le fameux film « Vaxxed », vous avez dû en entendre parler, parce que bon... »

« après avec des témoignages. C'est pareil toujours en triant parce qu'il y a de tout sur internet, je le sais très bien. »

-I9 : « j'ai été sur internet »

-I10 : « je me suis renseigné, donc un petit peu sur internet »

« J'ai continué à chercher, j'ai écouté, donc beaucoup de médecins sur internet et effectivement j'ai regardé aussi les sources »

-I11 : « Sur Arte, sur YouTube, on regarde vaccination... », « Sur internet en général. »

-I12 : « je lis des choses et bien sûr, sur internet », « des mamans qui ont témoigné qu'après le vaccin l'enfant était devenu un légume entre guillemets. »

« je vais sur Google et je marque prevenar, double vaccination prevenar et DTP... »

« je tombe sur des sites qui expliquent que soit il faut le faire, soit il ne faut pas le faire parce que c'est dangereux. Je lis un peu en fait, autant dans le positif, que dans le négatif. »

-I13 : « A la télé, sur le net, partout... »

Les réseaux sociaux sont aussi une source d'information pour quelques interviewés (3/13).

-I2 : « voilà, il y a aussi les réseaux sociaux »

-I4 : « oui bah les réseaux sociaux »

-I9 : « et d'autres échanges que j'ai pu voir sur certains réseaux sociaux.

Mais en fait des gens, bon facebook pour pas le nommer, mais des gens qui échangent, qui mettent leurs sources. Sources que j'ai pu aller consulter après derrière. »

Via la télévision, au travers de reportage sur la santé, certains interviewés (4/13) ont obtenus des informations au sujet de la vaccination.

-I4 : « Moi au moment où j'ai fait mon enfant, c'était la... j'ai commencé à me renseigner et aux informations, c'était aux infos ou des documents sur la santé disons des reportages sur la santé aussi... je regarde beaucoup la cinq moi donc voilà. »

-I7 : « Bah, c'est sur... bah aux informations. Aux informations, après voilà. Quand il y a des polémiques, on sait tout sur les informations, y'a pas de souci. »

« Bah les JT, voilà y'a des émissions sur ça, y'a les magazines de la santé, y'a plein de choses. »

« Oui j'avais lu, j'avais vu une émission, j'ai lu sur l'aluminium, c'était le grand débat quand les onze vaccins sont passés. »

« C'est vraiment sur le magazine de la santé, moi j'avais vu une émission, ça m'ait resté quoi. »

-I11 : « je regarde des reportages, des documentaires, c'est tout, pas énormément »

-I13 : « Bah, les infos déjà. Les infos, les médias, les articles, tout. »

Deux interviewés ont consulté des revues scientifiques.

-I1 : « Alors moi je vais vraiment chercher dans les revues scientifiques et souvent à l'étranger. »

-I3 : « j'ai été lecteur de prescrire, j'ai été adhérent au niveau du FormIndep aussi »

L'un des interviewés dit tenir les informations via sa propre expérience professionnelle.

-I2 : « je vous dis surtout moi mes formations, liées à la pétrochimie. »

b) Sources dignes de confiance :

Sources diverses :

Les témoignages de proches ou de parents lus sur internet, sont considérés comme dignes de confiance par certains interviewés.

-I4 : « Alors que sur les réseaux sociaux, oui bah les réseaux sociaux c'est sûr que ça va être du vrai. »
« Tout ce qui n'est pas vraiment médiatisé » « C'est du vrai quand même. Enfin on voit des photos, on voit que... c'est la copine que j'ai vu hier et qui... qui... voilà... je suis sûre que ce qu'elle a mis c'est vrai quoi. » « Bah j'ai plus confiance en tout cas, oui, aux réseaux sociaux et en... (Réflexion)... aux proches, aux photos, à ce que je vois des proches, puisque je les connais et que je sais que c'est vrai, que ce que je vois aux informations. »

-I11 : « Alors peut être plus des familles à qui s'est déjà... enfin à qui des problèmes sont déjà arrivés. »
« Il y a du négatif bien évidemment mais quand il y a une maman qui raconte que sa fille a eu telle chose... euh, j'ai envie de la croire. »

Les sources d'information de provenances vérifiables sont considérés dignes de confiance par un interviewé.

-I9 : « Les sources qui peuvent être vérifiables, peu importe... peu importe l'endroit où on les trouve, peu importe le média par lequel elles arrivent jusqu'à nous... Humm... ce qui compte, c'est de vérifier la pertinence de ces informations... »

La redondance de l'information sur différents supports semble être également un facteur de confiance pour une interviewée.

-I13 : « Confiance, je ne sais pas. Quand j'en lis plusieurs qui reviennent toujours avec les mêmes résultats, je me dis là... voilà. » « Il n'y a pas de fumée sans feu, donc si ça revient régulièrement, c'est que voilà... Je ne pense pas qu'on invente... »

Les informations diffusées sur les réseaux sociaux, sur ce qui se fait notamment à l'étranger, sont également perçues comme dignes de confiance par une autre interviewée.

-I1 : « Je vais lire ce qu'il se passe au Canada, ce qu'il se passe en Belgique. Ça c'est pour le côté français mais également ce qu'il se passe en Allemagne et en Autriche, parce que ce sont des pays limitrophes et qu'ils ont des avis partagés. »

-I12 : « Internet quand même je trouve que c'est pas mal parce que tout le monde peut s'exprimer librement. »

- Corps médical :

Globalement la majorité des interviewés (10/13) pensent que les médecins sont des sources dignes de confiance. Cependant, il peut s'agir de médecins d'horizons différents.

Une partie des interviewés (6/13) accordent un certain niveau de confiance en leur médecin de famille ou pédiatre qui suit l'enfant.

-I1 : « Il y aussi un côté où on fait quand même confiance, on a quand même envie de faire confiance. »

-I2 : « J'ai eu affaire à des gens extraordinaires, qui m'ont permis de continuer ma carrière, qui m'ont rafistolé, et euh... J'ai beaucoup de respect pour la médecine et euh, ça fait partie des métiers que j'aurais aimé faire. Soigner des gens, sauver des gens, ou comme professeur, enseigner aux autres. Vous voyez ces métiers qui sont essentiels à la société et qui construisent notre société. »

-I3 : « je pense que l'intervenant de premier recours est notre médecin de famille qui à priori si on lui fait confiance devrait être en mesure de nous donner une information transparente, claire et idéalement indépendante de tout conflit également...parce que... donc je pense que la première personne qui aurait eu le...comment dire... la légitimité d'en parler ça aurait été mon médecin. »

-I5 : « Moi je vais pas y aller par quatre chemins. C'est si tu veux être vacciné, tu vas voir le médecin et tu lui demandes de t'expliquer. Parce que lui c'est le plus apte à t'expliquer »

« C'est la base pour nous. Vous êtes une base pour nous, au niveau de l'information par rapport aux maladies. »

-I6 : « dans le cadre de la vaccination, peut-être plus envers vous docteurs (rires). »

« Au niveau du docteur qui suit l'enfant. »

« Je pense que c'est le plus à même à devoir parler de la vaccination et être le plus à même à pouvoir expliquer calmement et clairement le but. »

« Mon docteur. Je pense que c'est le corps médical en lui-même. Si on a pas déjà confiance dans le corps médical, on va pas faire vacciner notre enfant. Le docteur, pédiatre et ainsi de suite. »

-I7 : « Mais je me dis que mon petit médecin de campagne, de Mimizan, qui voilà... qu'a suivi mon cousin depuis qu'il est né, je me dis qu'il est moins corrompu que... que quelqu'un qui est à Paris, ou qui parle à la télé... je sais pas. »

Certaines personnalités médicales médiatisées sont des sources dignes de confiance pour les interviewés.

-I7 : « En quelles sources? Bah le magazine de la santé, je me dis quand même c'est des médecins. »

-I9 : « j'ai lu, notamment sur les courriers du professeur Joyeux et d'autres liens qui étaient, voilà dans ce qu'il a emmené, enfin voilà je pense que les sources sont valables. »

« Là il est de question de gens, enfin voilà, là le professeur Joyeux, il a été quand même l'un des décideurs dans les questions de vaccination à un moment donné. »

-I10 : « celui que j'ai surtout écouté c'est le Docteur Didier Raoult, qui est un professeur en fait, ce n'est pas un docteur, c'est un professeur en infectiologie, et il parle de chaque vaccin, chaque maladie, et chaque vaccin qui va avec. »

« Qui ont fait des recherches... Comme le Docteur Joyeux »

« Il me semble que lui a étudié un petit peu ce qu'il y avait dans le vaccin. En tout cas, c'est ce qu'il raconte, il a été regarder un peu ce qu'il se passe. Ce qu'il y a dans le vaccin et les conséquences qu'il y a sur le corps... »

Certains font confiance aux médecins spécialisés qui ont pu étudier la vaccination de façon plus approfondie.

-I3 : « heureusement on a des pairs qui font des études un petit peu indépendantes. On a des revues qui font l'analyse critique et tout ça. »

« je fais partie d'une initiative dans différentes facs et notamment la faculté de Bordeaux où ils ont mis en place un enseignement à l'analyse critique, à la réflexion sur les liens avec l'industrie qui s'est mis en place à la faculté. »

-I8 : « Voilà, des témoignages ou des médecins tout simplement. Des médecins qui après x années euh... et qui ont essayé de pousser le truc un peu plus loin que ce soit en France ou ailleurs. »

« C'est compliqué, à moins de vraiment trouver voilà, un médecin à qui voilà, j'arrive vraiment à faire confiance à cent pour cent plus ou moins. Sinon... »

-I10 : « Aux docteurs ! Aux docteurs, mais aux docteurs qui ont étudié la question. Pas les docteurs qui ont fait leurs huit ans d'études et qui ont passé quatre heures sur les vaccins, parce que tous m'ont dit ça. »

Les conseils du pharmacien peuvent être une source de confiance.

-I6 : « Eventuellement le pharmacien, parce qu'il y a certaines personnes qui sont assez proches de leur pharmacien, et qui pourraient être à même de leur demander certaines informations comme lorsque l'on va chercher un médicament sans ordonnance. »

D'autres scientifiques notamment issus de l'industrie pétrochimique sont perçus comme source de confiance pour un interviewé :

-I2 : « Ma formation, les gens qui m'ont formé sur les produits chimiques. » « Mon entourage d'ingénieurs, de médecins, de gens qui ont des formations qui leur permettent d'être objectifs sur certains événements, d'être critiques. »

c) Sources indignes de confiance :

D'autres interviewés (4/13), au contraire, considèrent le personnel médical comme indigne de confiance. L'un d'entre eux justifie cela car il considère le médecin généraliste insuffisamment formé au sujet de la vaccination, et pour d'autres, l'indépendance du corps médical vis à vis des autorités de santé est remise en cause.

-I4 : « Oui en tout cas pas le système médical quoi! »

-I10 : « Je regarde, j'écoute des docteurs. Alors, j'en écoutais plein, peut-être qu'il y a aussi des chamanes là-dedans, je ne sais pas, des gens qui disent un petit peu n'importe quoi pour vendre leur livre, probablement. »

« Que les vaccins sur huit ans d'études, c'est une matinée. »

« Et surtout ce que vous étudiez, c'est ce que les vaccins vont faire... euh, ce que les vaccins... pourquoi on met les vaccins en place ! »

« Et je n'ai pas confiance du coup aux médecins qui n'étudient pas l'histoire de la vaccination. »

-I11 : « Ben pas aux docteurs, je ne crois pas... (rires)... »

-I12 : « Quand ma pédiatre me dit : « c'est bien, c'est pas dangereux. » J'ai envie de la croire mais je me dis aussi que c'est son travail et que de toute manière c'est obligatoire ces vaccinations, et que bien sûr elle ne va pas me dire : « écoutez, je vais vacciner votre fille, moi je ne suis pas pour, c'est dangereux, mais de toute façon il faut le faire. »

Un interviewé remet en cause la qualité des études scientifiques publiées au sujet de la vaccination.

-I8 : « Voilà, de vraies études... Parce que c'est pareil, je lis des choses comme quoi ces études-là ne sont pas super bien faites non plus, à fond sur les vaccins. »

Une minorité (4/13) se méfie plus volontiers des sources plus médiatiques comme la télévision ou internet.

-I4 : « tout ce qui est trop médiatique, genre sur TF1, je vais écouter mais... quelque part je sais que... enfin... »

« Et sur internet...pff... alors là, je pense qu'il faut...il faut... faut pas tout... tout... tout croire, et y'a un sacré tri à faire... »

-I9 : « On sait bien que la désinformation elle est aussi, enfin voilà... BFM TV qui est là (montre du doigt l'écran en fond dans la salle), qui est bien placardé, qui fait partie du quotidien de tous les français... »

« J'entends bien que y'a quand même évidemment des proportions plus grandes par certains médias, par certaines voies, de fake news, ou de voilà... de désinformation ou de choses pas tout à fait exactes, forcément, forcément. »

-I12 : « je sais qu'il y a des sites internet qui ne sont pas fiables, je sais qu'il y a des gens qui racontent des choses qui ne sont pas forcément vraies... »

-I13 : « Les médias, non ! C'est non, ça c'est sûr. »

7. Freins à l'information vaccinale :

a) *Difficultés d'information :*

Sept interviewés ont souligné leur difficulté à s'informer, à faire le tri dans ce qu'ils pouvaient lire ou entendre sur la vaccination.

-I1 : « On a que des gens qui sont complètement pour ou complètement contre.

On n'arrive pas à savoir, c'est difficile de trouver, de se faire propre point de vue, dans les ayatollahs de partout... »

« pour les contres les pros étaient des assassins, c'est ça, et pour les pros, les contres étaient des gens inconscients, des cas sociaux, des bobos, tout ça... Donc ça devenait plus une guerre d'idées que de vrais renseignements médicaux. »

-I4 : « j'en avais parlé avec mon conjoint. Je lui avais dit je sais pas quoi faire, qu'est-ce qu'on fait? Est ce qu'on lui fait le vaccin? Et lui, il savait pas trop. Il m'a dit lequel... il dit tu fais que ceux qui sont obligatoires. Donc j'ai fait que ceux qui sont obligatoires. »

« Et les personnes qui disent qu'ils sont contre la vaccination, enfin... dans les reportages que j'ai vu, on voit que c'est pas clair. C'est pas clair. »

-I6 : « Je pense que si il y a beaucoup de personnes qui sont réticentes pour les vaccins c'est notamment parce que l'information est peut être mal relayée après »

« parce qu'on trouve de tout et de rien essentiellement au niveau de... mais on n'a pas d'autre marche à suivre »

« Je pense que les gens trouvent de tout et de rien, et du coup on sait plus si c'est réel ou si y'a un peu de... de... d'arrangement derrière, on va dire. »

« Mais comme on sait pas où trouver les informations finalement on reste dans le vague. »

-I7 : « Voilà, que j'ai entendu, que je fais que répéter. J'en sais rien si c'est vrai, si c'est faux. Mais ça fait peur en tant que parent. »

-I8 : « j'évite aussi de rentrer dans la psychose on va dire hein. J'essaye de trier un peu les informations que je peux avoir. »

« A m'en faire mal au cerveau d'ailleurs hein. Mais voilà. »

-I10 : « Et bref, à force de recherche elle est devenue folle et concrètement quand je suis arrivé dans son bureau j'étais dans cet état-là, complètement cinglée parce que je me sens juste piégée ! »

« C'est ce que j'ai fait d'ailleurs, je vous ai dit, j'ai été voir cinq médecins, je me suis rendu dingue avec ça. J'ai fait des recherches sur internet, j'ai lu des bouquins.... Je.... Et ce qui fait peur c'est qu'on a tous les sons de cloches. »

-I11 : « Et du coup, je m'étais dit deux familles... et en fait, peut-être que c'était juste, je ne sais pas, la mort subite du nourrisson et que c'est tombé à ce moment-là, et voilà. Ou peut-être que c'est le vaccin et on n'en sait rien, je ne sais pas. En tout cas, ça m'a fait peur et j'ai annulé le rendez-vous. »

La difficulté d'information provient parfois d'un manque de dialogue avec le médecin que l'interviewé à en face de lui, ou de son discours moralisateur. La vaccination est plus imposée qu'expliquée au patient, ou du moins cela est vécu de cette façon. Certains sujets interrogés n'obtiennent pas les informations souhaitées au sujet de la vaccination auprès de leur médecin. L'un a même le sentiment que le sujet de la vaccination est tabou pour son médecin.

-I4 : « Alors... bonne question! (rires) Surtout que... enfin quand je commence à me renseigner, c'est assez fermé quand même... c'est mais pourquoi vous dites ça?! Faut arrêter de regarder ce que vous voyez sur internet! »

« Et, on voit qu'il y a un problème, on voit que tout le monde n'est pas d'accord. On sent bien que y'a... et dans les arguments que donnent les médecins... moi, mon ressenti c'est qu'ils n'ont pas de recul, ils savent pas vraiment... »

« et quand on va... quand on va pour se renseigner.... Y'a pas vraiment d'échange quoi. C'est... faut le faire... »

-I8 : « Mais bon c'est dommage qu'encore une fois en face de moi j'ai pas... On dirait que parler de la vaccination dans sa profondeur est presque tabou, qu'au pédiatre ou au médecin et euh... C'est ouais... c'est dommage. »

« Oui, total ! Total ! C'est euh... c'est euh... c'est ce qui fait que les gens deviennent contre les vaccins aussi hein. Et puis c'est ce qui fait douter tout le monde... »

« Enfin pour moi le problème c'est la désinformation déjà. Le non dialogue des médecins par rapport à ça. »

« Mais en fait c'est un tout ! Finalement c'est ça qui m'a fait poser la question sur les vaccins. C'est le non dialogue de mon pédiatre, le non dialogue du médecin, c'est la non information. »

-I12 : « Et je vais sur internet parce que j'ai pas le choix, parce que personne ne vas me former... »

b) Information culpabilisatrice :

Trois interviewés rapportent que l'information vaccinale est parfois vécue comme trop culpabilisatrice.

-I1 : « J'aime pas du tout les campagnes culpabilisatrices qu'on voit à l'entrée des crèches et des écoles où on a l'impression que si on le fait pas, on prend des risques démesurés. Je trouve que c'est vraiment très culpabilisateur et trop... trop spectaculaire... »

-I4 : « Et ensuite, on culpabilise puisqu'en gros du fait que notre enfant soit pas vacciné...Humm en gros ma grand-mère elle va mourir de ça! Bon bah on est coincé. En fait, on a pas le choix »
-I8 : « C'est ce truc là aussi que j'ai du mal à comprendre quoi... qu'on fasse peur aux gens comme ça, plutôt que d'informer et d'avoir du dialogue avec votre patient. Ce qui est très compliqué hein, je trouve. En tout cas avec les médecins et les pédiatres que j'ai croisé. »

c) Manque d'information :

Quelques interviewés (3/13) soulignent le manque d'exhaustivité de l'information comme frein à la vaccination.

-I5 : « Moi le problème de ces vaccins c'est que... que ce soit pour tous, pour moi...humm... on vaccine ok. Mais pour nous en tant que patients, on ne sait pas réellement ce qu'il y a dans ces produits. »
-I8 : « Bah après c'est toujours pareil on n'est pas plus informé que ça. »
« Moi quand j'ai fait vacciner ma fille la première fois, on m'avait prescrit l'Infanrix hexa®. On m'a pas expliqué ce qu'il y avait dedans et il a fallu que j'ai le truc vraiment, d'aller regarder ce que c'était pour me dire non le Hexa j'en veux pas »
-I10 : « Et surtout on ne... aux yeux du public. Nous, on nous dit rien. »

d) Méconnaissance vaccinale :

Un autre frein à la vaccination identifié dans le discours de plusieurs interviewés (5/13) concerne leurs connaissances erronées ou les préjugés de certains.

-I1 : « c'est les onze valences dans le même vaccin, c'est le fait qu'il n'y ait qu'une seule piqure pour les onze valences. »
-I4 : « Après c'est pas naturel quoi. »
« Bah si il y en a onze du coup, ça fait que... bon là on vaccine pas pour onze d'un coup? »
-I8 : « La rubéole je pense qu'on pourrait attendre que la jeune fille soit plus âgée, que la vacciner plus tôt comme on le fait maintenant. »
« Alors l'hépatite B...euh... déjà jusqu'à maintenant on a jamais vacciné les enfants pour l'hépatite B. »
-I10 : « Tandis que d'autres maladies, comme la varicelle, il y a quand même vingt mille morts par an... »
« Les termes médicaux, je n'y suis pas. Mais bref, qu'on insère un vaccin dans le sang et finalement ce vaccin, il n'a pas du tout accès à la molécule, donc c'est un vaccin qui ne sert à rien en fait. C'est un vaccin... du vent... » (N.D.L.R. en parlant du vaccin contre le Tétanos)
« Si on laissait le DTP, sans adjuvant, comme il y avait avant les années 1990, je crois, avant ça il n'y avait pas d'aluminium dans le DTP. Et c'était que le DTP. »
« je ne vois pas l'intérêt de le vacciner contre l'hépatite B sachant que je dois recontinuer cette vaccination, qu'il va être protégé contre l'hépatite B jusqu'à ses cinq ans. A ses cinq ans, il faudra que je refasse l'hépatite B. »
-I11 : « Mais j'avais entendu parler qu'il y avait quelques chose dans la tête ou dans le cerveau, je sais plus, du bébé, qui n'était pas complètement formé, et le fait de recevoir ces métaux lourds, à cet âge-là, était beaucoup plus grave pour lui que de les recevoir à deux ans et demi. »
« Je ne vois pas trop l'intérêt. Mais en fait je ne vois pas pourquoi ils ont rajouté autant de vaccins. Parce que là vous dites onze, mais il n'y en a pas onze, il y en a dix-huit depuis janvier 2018. »

La notion d'apparition d'une résistance progressive à la vaccination est évoquée.

-I4 : « pour moi, c'est un peu comme l'antibiotique, en fait, c'est que c'est oui... ça va marcher... oui ça va empêcher d'avoir la maladie mais... puisque alors si j'ai bien compris on injecte le virus dans le corps mais si tout le monde fait ça et à force de faire ça, pour moi... euh Les virus ils vont être de plus en plus fort, ils vont... ils vont trouver des failles en fait à ça. Ils vont venir s'installer mais plus fort. »

La possibilité que la vaccination engendre une nouvelle forme de la pathologie pour laquelle on vaccine.

-I10 : « Comme la poliomyélite, la deuxième poliomyélite a été inventée par le vaccin de la poliomyélite finalement. C'était une... euh... le vaccin, comment... il a muté... euh la maladie a muté avec le vaccin et du coup ça a fait une autre poliomyélite »

« Une autre forme. Finalement, c'est une poliomyélite vaccinale. C'est pas une poliomyélite vraiment médicale... enfin du corps... »

8. Obligation vaccinale :

a) *Compréhension de la loi :*

Le passage à onze vaccinations obligatoires est bien appréhendé par la plupart des interviewés (9/13). Ils évoquent comme justification à cette modification de la politique vaccinale, la notion de couverture vaccinale insuffisante et celle de résurgence des épidémies pour certaines pathologies.

-I2 : « On retrouve des maladies qui avaient disparu en France, qui reviennent à nouveau sur notre territoire. Donc je me suis posé la question, si il n'y avait pas un risque, un risque sanitaire important derrière tout ça. Donc je suis assez partagé encore. »

« l'attitude de la ministre par rapport à ça, ça soulève beaucoup de questions.... Qu'est ce qui se passe? Y-a-t-il un risque pour les années à venir avec les mouvements de population qui sont important? »

-I3 : « Sur la communication officielle, on a l'argumentaire marketing et décret qui est passé avec le but de diminuer les maladies infantiles, augmenter la santé publique, enfin c'est des vœux pieux d'épidémiologistes. »

« ils ont raisonné...humm... sur la comment dire, l'universalisation de la vaccination en se basant sur un modèle qui était valable à une époque et sur un modèle particulier qui était la rougeole. Oui là effectivement ça vaut le coup de faire du large. »

-I5 : « je pense que ceux qui font ces lois et qui obligent les autres à le faire, c'est qu'ils ont des raisons, qu'ils pensent qu'il peut y avoir une épidémie, qu'ils pensent que ça peut être grave, que ça coûte cher à la sécu aussi quand il y a des gens malades donc voilà. Si on veut faire des économies sur tout, il faut effectivement peut être obliger les gens... »

-I6 : « Le retour de certaines maladies »

« certainement la réapparition de certaines maladies qui étaient abolies. »

-I7 : « Ben c'est pour faire baisser la mortalité infantile je me doute bien. »

« Bah juste que c'était pour faire baisser la mortalité infantile, que c'était bien pour les enfants. »

-I9 : « C'est le premier janvier 2018, les enfants nés à partir du premier janvier 2018, la couverture vaccinale passe de trois vaccins obligatoires, ça on peut en parler aussi... Humm... à onze vaccins obligatoires. »

« l'idée c'est d'éradiquer des maladies qui ont tendance à reprogresser... Humm... de les museler de nouveau en proposant, voilà... en proposant des vaccins à une échelle beaucoup plus large que ce qu'elle

était puisque sur la base du seul volontariat forcément c'est moins étendu que sur la base de l'obligation. »

-I10 : « Ce qui est dit au public, c'est qu'il va y avoir des épidémies, des trucs, c'est très important de sauver toute la planète ! Non, je déconne, pour la santé publique française... »

« Ben qu'il faut se vacciner obligatoirement... qu'il faut vacciner obligatoirement les enfants avant qu'ils arrivent à l'école. Parce que sinon ils ne peuvent pas rentrer en collectivité. »

-I12 : « Je pense qu'il y avait une couverture vaccinale qui était trop faible, je crois, voilà. Enfin, c'est ce qu'on nous dit. »

« Qu'il fallait qu'il y ait une couverture vaccinale plus importante parce qu'il y a des maladies qui reviennent et qui sont dangereuses. »

-I13 : « A faire ça parce qu'ils ont décidés que, pour eux, c'était mieux... pour eux, on va éradiquer ou on endormir... enfin je ne sais pas comment dire... Voilà, faire en sorte qu'il y ait moins de maladies, mais je ne suis pas sûre. »

Certains interviewés (3/13) ont un manque de compréhension de cette loi.

-I1 : « Alors, je vous arrête, ce n'est pas obligatoire! Pas encore. »

« parce que moi il me semblait qu'on avait encore le droit de refuser. »

-I4 : « Alors ce que je sais, c'est par rapport aux personnes âgées, c'est qu'il y avait vraiment des décès des personnes âgées... de méningite je crois qui... Ils ont dit ouh là, c'est... va falloir vacciner tous les enfants qui arrivent parce que y'a tout le troisième âge qui est en train de..... »

« Bah pas grand-chose.... Justement c'est pas clair et c'est...Humm.... Ce que j'ai compris de cette loi... Humm... bah moi, euh le message ça veut dire, bah immuniser, enfin... mettez le paquet pour qu'il n'y ait plus ces maladies-là. »

-I11 : « Pas du tout. Peut-être le fait qu'il y ait des maladies qui aient réapparues. Je ne sais pas. »

D'autres (3/13) remettent simplement en question les raisons de l'extension de l'obligation en évoquant une motivation financière uniquement.

-I8 : « Bah moi personnellement je pense que c'est l'argent. Je pense que c'est le profit.

Euh voilà... les gros lobbys pharmaceutiques... le gouvernement entre guillemets, ça fait partie des grosses puissances mondiales et euh... je pense que là c'est une question économique, clairement ! »

-I10 : « Et ça j'ai pas compris parce que dans la classe de mon fils, il y en aura qui auront onze vaccins, et il y en aura qui auront le DTP. »

« En vrai, c'est une question de pognon ! »

-I13 : « Pour moi, c'est que une histoire politico-financier... Pour moi, ce n'est que ça. Voilà »

b) Position sur l'obligation :

Pour tous les interviewés, hormis une qui n'était pas au courant de l'extension de l'obligation, de façon unanime, le ressentiment contre cette extension est exprimé, avec plus ou moins de virulence.

Plus de la moitié des sujets (7/13) s'indignent juste de l'idée même d'obligation.

-I4 : « Cette obligation, je la comprends et je veux bien me plier aux règles pour la vie en communauté, la vie en société, parce que oui il faut se protéger...euh... les uns des autres. », « mais en même temps c'est... ce qu'on nous oblige c'est beaucoup trop. C'est trop... c'est trop pour... enfin à mon avis, c'est trop pour un bébé! »

-I5 : « Sur les basiques, pour l'école tout ça, on fait. Après pour le reste si on peut éviter, on évite. »

« Bon moi j'avoue que j'ai quelque chose contre l'obligation. J'aime pas être obligé! »

-I8 : « Ah, ça va pas du tout ! C'est... non. Je suis pas d'accord qu'on oblige les gens. »

- I10 : « Bah je ne suis pas d'accord. Voilà je me sens piégée. »
- I11 : « Je pense qu'en fait si ce n'était pas obligatoire je pense que je serais allée le faire. »
« Mais le fait de nous obliger, ça je trouve que c'est... je ne sais pas... je trouve que c'est bizarre. »
- I12 : « Par contre, qu'une mère comme moi qui soit réticente sur certains vaccins, ça me dérange d'être obligée, comme ça !
- I13 : « Je suis contre cette obligation ! »

Cette obligation est, pour certains (2/13), vécue comme une atteinte liberté individuelle.

- I1 : « Alors pour moi, c'est plus une privation des droits de l'homme vraiment, clairement... » « Les gens ont le droit de choisir de le faire ou de ne pas le faire et on leur donne les moyens de prendre la décision par eux-mêmes. » « Et voilà, je trouve que ce serait plus logique de laisser à chacun, le libre arbitre du choix. »
- I5 : « Plus ça va moins on est libre de nos choix dans ce pays j'ai l'impression. »

Un certain nombre (7/13) vivent cette obligation vaccinale comme une atteinte du droit à l'éducation. Ils se sentent dépossédés de leur rôle de parents.

- I3 : « Enfin c'est... qui pourraient même surseoir, à ce que j'ai compris, au droit à l'éducation. C'est à dire mon gamin a pas sur son carnet toutes ses vaccins, il pourrait ne pas rentrer en crèche, à l'école, enfin c'est hallucinant quoi! »
- I7 : « C'est un peu violent je trouve, d'obliger les parents à vacciner leur enfant... »
- I8 : « Oui, parce que déjà l'obligation je trouve mais euh... carrément pas normal. Je ne vois pas qui sont ces gens pour m'obliger MOI, à vacciner MON enfant ! »
- I9 : « Oui, parce que je suis très opposé à ça et je suis en très en colère qu'on nous oblige à faire ça, sur nos enfants, pour des raisons encore une fois qui sont très discutables, mais très discutées par des gens qui sont bien plus pertinents que moi sur la question. »
- I10 : « Ce qui me fait peur aussi, c'est qu'on dit qu'on est responsable de la santé de nos enfants, mais derrière on nous oblige à faire des trucs sur la santé de nos enfants. »
- I11 : « Je trouve ça honteux. Je trouve ça honteux d'obliger les gens à faire quelque chose sur la vie de leur enfant. »
- I12 : « Ça me dérange d'être obligée de faire quelque chose, à contre cœur, qui peut mettre en danger mes filles. » « En fait, en étant mère, j'estime qu'il n'y a personne, notamment l'état, qui doit me dire comment faire avec mes enfants. Et je veux prendre les choix avec mon mari, je veux qu'on prenne nos choix pour nos filles. »

Un certain nombre d'interviewés (4/13) se sent piégé ou victime d'un chantage du fait de cette obligation.

- I4 : « En gros, on nous met un peu le couteau sous la gorge hein! Bon moi c'est ce qu'on m'a dit. Euh... c'est que moi si je le fais pas, déjà mon enfant il peut aller à l'école. Bon déjà on est coincé. »
- I5 : « Maintenant on va pas parler de ce qui se passe en ce moment mais... mais oui je trouve que... pourquoi obliger? ... je comprends pas... » « On peut pas emmener son enfant chez la nounou, parce qu'elle a obligation de vérifier, elle a obligation de refuser un enfant qui n'est pas à jour de ses vaccinations. L'école, idem. »
- I10 : « Et je me sens piégée parce que d'un côté on dit l'école est obligatoire mais il peut pas rentrer sans vaccin. »
- I11 : « Et en plus c'est un peu du chantage... enfin moi je prends ça comme du chantage parce que si on refuse de les vacciner, ils n'iront pas à l'école et ils ne feront aucune collectivité en gros, aucun sport en collectif. Et ça, je trouve ça dégueulasse. »

Pour deux interviewés l'obligation peut même aller jusqu'à s'opposer au principe de la démocratie.

-12 : « l'obligation du vaccin... l'obligation....euh....me gêne, le mot obligation me gêne dans une démocratie. »

-13 : « ils se sont appuyés sur la non confiance de la population et que enfin voilà c'est pas démocratique, d'autant qu'il y a des processus de sanctions qui seraient mis en place... »

Une interviewée fait part d'un sentiment d'infantilisation occasionné par l'obligation vaccinale.

-15 : « Mais après je pense que...on arrive à un âge où on est en droit de choisir ces décisions et que ce soit pas forcément à l'état ou au pôle santé, ou quoique ce soit à décider pour nous de ce qu'on doit faire de notre vie quoi. »

c) *Gestion de l'obligation :*

Quelques sujets hésitants de notre étude (5/13), du fait de l'obligation vaccinale va faire vacciner leurs enfants mais souvent à contre cœur. Ils le font mais avec le sentiment d'être coincé, voire pris au piège. L'un des interviewés a pensé contourner la loi en faisant faire un faux certificat à un médecin, mais finalement, il y a renoncé et va se plier à la loi.

-12 : « Je me dis, moi je suis en Afrique demain, on m'oblige à me faire vacciner d'Ebola, je dis oui! Bien évidemment! »

-14 : « c'est dur à gérer parce que du coup on a affaire qu'à des médecins qui...qui...qui vont nous dire bah faut le faire. Puisque si vous voulez pas que votre... En gros, on nous met un peu le couteau sous la gorge hein! Bon moi c'est ce qu'on m'a dit. »

« c'est que moi si je le fais pas, déjà mon enfant il peut pas aller à l'école. Bon déjà on est coincé. »

-19 : « Je m'étais mis en tête de chercher un médecin qui serait ok pour nous faire un certificat, j'ai finalement renoncé... qui serait ok pour nous faire un certificat de contre-indication à la vaccination. »

« Malgré... je vais m'y plier. J'ai pas le choix. »

-112 : « De toute manière, on n'a pas le choix donc voilà. J'allais dire on ne peut pas faire un choix éclairé, mais finalement on n'a pas le choix ! »

« bon là, je me suis fait une raison parce que c'est obligatoire mais pour la première ce n'était pas encore obligatoire. »

-113 : « Si je pouvais garder mes enfants, faire l'école à la maison pour qu'il n'y ait pas de collectivité, je le ferais hein ! »

« Mais je ne sais pas comment je vais pouvoir l'éviter, je pense que je ne pourrais pas l'éviter... Voilà. »

Certains interviewés (3/13) ont tout à fait conscience que le non-respect de l'obligation les mettrait hors-la-loi et qu'ils ne pourraient notamment pas scolariser leur enfant.

-19 : « J'ai pas le choix, je veux pas non plus être un hors la loi, parce que si on ne le fait pas, on est un hors la loi ! »

-112 : « Enfin, là je l'accepte vraiment par dépit, parce que j'ai pas le choix, c'est obligatoire et je n'ai pas envie de contourner la loi... Je n'ai pas envie de faire les choses... voilà... comme ça »

Les interviewés non concernés par l'extension de l'obligation du fait de l'âge de leurs enfants ont souvent une position plus modérée.

-11 : « Bah je les ferais... Je ne serais pas contente, mais je les ferais. »

-13 : « j'apprends ça j'aurais entre guillemets milité, c'est à dire j'aurais dit...j'en aurais discuté avec mon médecin, j'aurais dit qu'est-ce que vous en pensez? C'est pas moi qui vaccine mon gamin. Voilà j'aurais écouté son argumentaire, et puis voilà, après si son argumentaire parvient à me convaincre, je dis tant mieux »

-I5 : « Alors là c'est un cas un peu à part parce que c'est une maladie qui peut être grave et qu'on peut contaminer plein de gens parce que c'est très voilà... parce qu'on contamine facilement... Et euh... c'est vrai que là, si vraiment c'est obligatoire alors actuellement peut-être je vais me dire il faudrait se faire vacciner. »

Et certains interviewés (3/13) envisagent d'autres alternatives pour échapper le plus longtemps possible à l'obligation vaccinale, comme faire l'école à domicile.

-I8 : « Très mal... Je pense que je commence déjà à me... enfin à réfléchir à... à essayer de trouver un moyen, parce que déjà l'hépatite B je n'en veux pas. Donc voilà, je vais me renseigner comment je peux faire mais euh.... Ouais.... J'espère que d'ici là les choses auront bougé surtout et que... on puisse faire quelque chose pour ça. »

-I10 : « Donc quoi, je vais devoir faire l'école à la maison. Je vais devoir bousiller ma carrière parce que je veux protéger la vie de mon fils. »

-I11 : « Eh bien, s'il faut refuser de les mettre à l'école, je refuserais de les mettre à l'école. »
« Ce n'est pas grave, je ferai l'école à domicile. »

Il est évoqué par une interviewée la réalisation d'un examen préalable à la vaccination pour s'assurer que son enfant soit en mesure de se faire vacciner. Elle exprime aussi le fait que si son enfant a des effets secondaires liés à la vaccination elle pourra se retourner vers le médecin qui aura signé ce certificat.

Cet examen préalable inscrit dans le code de la santé publique (41), en fait il s'agit d'établir si le sujet à vacciner ne présente pas de contre-indication à celle-ci.

-I10 : « Je vais faire ce que je vous ai dit. Je vais demander un examen préalable à la sécurité sociale. J'attends qu'ils me donnent ça, et une fois qu'ils m'auront dit oui d'accord les onze vaccins c'est possible, ok, je veux un nom de responsable. S'il se passe quoi que ce soit après les vaccins, je veux pouvoir attaquer quelqu'un. »

« Je veux être sûre qu'il ne se passera rien donc je vais demander ce... cet examen préalable. Tant qu'on ne me le donnera pas, il ne se passera rien. »

« Et à l'école je leur dirai, j'attends cet examen préalable avant de faire les vaccins. »

Pour certains (2/13), la notion de protection collective légitime l'obligation vaccinale.

-I4 : « Cette obligation, je la comprends et je veux bien me plier aux règles pour la vie en communauté, la vie en société, parce que oui il faut se protéger...euh... les uns des autres. »

-I5 : « Pour des maladies infantiles encore je comprends, parce que bon quand on revient à ce qu'elle disait tout à l'heure hein... ou quand c'est un cocon ou y'a 30 personnes dont des petits gamins, forcément on peut pas jouer avec le feu... ce qui est tout à fait logique. »

D'autres assument le risque encouru par leur enfant du fait de leur opposition à l'obligation vaccinale.

-I8 : « Et puis c'est euh... c'est mon choix, c'est mon risque hein... »

-I11 : « Alors après c'est en connaissance de cause, je mets peut-être la vie de mon enfant en danger, je ne sais pas. Mais en tout cas j'ai le droit de faire ce que je veux sur la vie de mes enfants.

On n'est pas obligé de m'imposer de lui injecter autant de maladies. »

9. Acceptation et attentes vaccinales :

a) Contenu de l'information :

Le contenu souhaité est assez dur à faire préciser par les sujets de notre étude, du moins pour la forme.

Une interviewée insiste sur la présentation d'images expliquant quels sont les effets biologiques de la vaccination.

-I4 : « Ah bah des images!... du moment où on injecte le vaccin de voir exactement ce qu'il se passe dans le corps, chaque cellule, jusqu'à l'ADN, jusqu'à vraiment voir ce qu'il se passe exactement. Comment le corps se protège? Qu'est-ce qu'il sécrète à ce moment-là? »
« Oui! De bien voir...Humm... de bien voir la réaction chimique qui se passe, la réaction biologique... euh... la réaction de la peau, des cinq sens aussi, mais des images! Il faudrait des images. »

Les attentes sur le contenu, pour certains (3/13), tendent vers une clarification du rôle et de l'importance de la vaccination.

-I5 : « Oui, qu'est-ce que ça peut générer? Qu'est-ce que c'est? Pour nous, c'est pas défini, on n'est pas médecin, donc c'est flou pour nous. »
-I6 : « La base, à quoi ça sert! A quoi sert le vaccin et pourquoi il est important de le faire. »
-I7 : « Ben expliquer aux gens à quoi ça sert, que les gens sachent bien à quoi ça sert... » « Pourquoi il faut le faire. »

Quelques sujets entendus dans notre étude (4/13) souhaiteraient être informés de la composition.

-I4 : « Et sur la composition? Du coup, on pourrait peut-être aussi savoir... bon la composition on va savoir. Je pense qu'on nous le dit aussi au minimum quand même...»
-I5 : « La composition en termes clairs! »
-I10 : « Voilà, ce qu'il y a dedans »
-I11 : « La composition des vaccins aussi. » « Et pourquoi à cet âge-là, pourquoi tout petit comme ça ? »

Beaucoup (6/13) souhaitent connaître les potentiels effets secondaires.

-I6 : « Je pense que les effets secondaires sont pas assez connus et qu'il y a beaucoup de monde qui ont peur de ça. »
-I7 : « Expliquer aux gens si le... si y'a pas de risque. »
-I8 : « Que mon médecin me parle clairement des risques. Qu'il me dise : oui il y a des vaccins qui ont provoqué des choses comme ça sur les enfants. Oui ça existe. » « Bah des études de faites, peut être... sur l'après vaccination. Déjà ça, ce serait quelque chose de pas mal parce que c'est pareil, on en entend des vertes et des pas mûres donc euh... compliqué à trier. Je pense que c'est l'une des choses qui serait le mieux. »
-I9 : « On a pu faire des expérimentations suffisamment sécurisée, maintenant on a le recul suffisant, il y a des méta-analyses qui montrent que effectivement y'a pas de danger ou alors il est infime ». « Encore une fois, on parle de bénéfice/risque. »
-I10 : « Les conséquences sur le corps. » « Est-ce qu'il y a des conséquences derrière ? Quels sont les effets secondaires ? Combien de chance, combien de pourcentage de chance il y a de chopper les effets secondaires ? »
-I12 : « Qu'on nous dise au moins les effets positifs, les effets négatifs, voilà, et au moins s'en tenir là quoi ! »

Deux interviewés reviennent souvent sur la notion d'avoir un recul suffisant et d'en recevoir l'information.

-I4 : « Bah après il y a les chiffres. Mais les chiffres...euh... les statistiques quoi. Sur cent enfant....euh... Les statistiques ça a quand même, ça donne... »

-I6 : « Et le recul en fait, moi je pense que après...euh...en se posant nous-mêmes la question, on viendrait vous la poser. »

b) Déterminants de l'acceptation vaccinale :

Améliorer l'information sur la vaccination :

Il ressort des entretiens l'attente d'une meilleure information, la plus exhaustive possible.

-I1 : « J'aimerais bien qu'on soit mieux informé en fait, de tout, des effets positifs et négatifs, des risques, et pas seulement que par les pros, ni par les anti, mais par des gens qui ont des études claires avec des chiffres à nous présenter. »

-I3 : « C'est pourquoi je devrais vacciner mon enfant... »

-I5 : « Puis pourquoi la faire? » « Ce que ça peut apporter réellement »

-I10 : « J'aurais voulu qu'il y ait une concertation, qu'on puisse nous exposer... qu'on nous expose concrètement comment marche les vaccins... Qu'est-ce que... tout, tout, tout, de A à Z, comment s'est fait un vaccin, comment ça marche, pourquoi, etcetera, quelles conséquences... »

-I12 : « J'aurais aimé qu'on me dise : « Oui on le fait, pour telle et telle raison, les vraies raisons, et en plus, effectivement, il y a des effets secondaires et désolé si ça arrive à vos enfants, mais il y a ça comme risques ». »

Améliorer le dialogue patient/médecin :

On note, de façon explicite, un souhait d'améliorer le dialogue entre le patient et son médecin pour deux patients.

-I5 : « En discuter déjà... de vive voix, tout ça pour ne pas prendre les papiers...»

-I7 : « L'expliquer ou le dire et voilà... »

Donner l'accès à des vaccins non combinés :

Certains interviewés souhaiteraient avoir accès à des vaccins non combinés.

-I1 : « Mais déjà rien que si on pouvait trouver que la diphtérie, faire que la diphtérie, que la polio. Faire les trois rappels et voilà. »

-I4 : « Et en fait, lui il m'a dit bah tu demandes à ce que ce soit que des vaccins séparés. Pas tout en même temps. »

Vacciner les nourrissons plus tard :

Une personne aimerait que les vaccins soient faits à un âge et selon un rythme choisis.

-I1 : « Les faire tranquillement, alors bon ok, ça fera beaucoup de piqûres et tout, mais ce serait peut être plus logique aussi et moins... ça rendrait peut être moins dingue le système immunitaire avec les travers qu'on peut reconnaître aujourd'hui »

- Diminuer le taux d'aluminium voir le remplacer par un autre adjuvant :

Quelques interviewés (3/13) citent le fait de diminuer les taux d'adjuvants voire de les supprimer, ou de les remplacer par des substances sans toxicité.

-I2 : « Avec des teneurs en aluminium dedans qui sont moindres. Et ils ont été donc énoncés, et j'ai vacciné mon fils en fonction de ça. »

-I7 : « L'aluminium apparemment... on peut le changer par autre chose... c'est possible, ils le disaient, mais c'est pas fait. Bah là d'accord. »

-I12 : « Pas d'adjuvant nocif... »

La majorité (8/13) souhaite plus de certitude quant aux potentiels effets secondaires.

-I2 : « L'assurance qu'on va pas faire de mal aux enfants... mais ça on peut pas... »

-I3 : « Alors oui, une meilleure pharmacovigilance, une transparence et une expertise si possible indépendante. »

-I7 : « Me prouver que mon enfant il va pas avoir...ça va pas lui faire du mal quoi. » « Essayer de limiter les risques suite aux vaccinations quoi... »

-I8 : « Qu'on me prouve par A+B que... qu'il n'y aura rien derrière de dramatique pour mon enfant ou de mauvais... voilà, déjà ça, ce serait pas mal. » « Qu'on me dise y'a très très très peu de risque qu'il y ait quelque chose derrière quoi. »

-I10 : « Que mon fils... que j'ai fait des examens avant, que je sois sûre qu'il va accepter le vaccin sans avoir de maladie derrière. » « Je veux être sûre qu'il n'y ait pas de conséquences après le vaccin. Je veux être sûre que son corps ne va développer une maladie particulière parce qu'il y avait telle chose dans le vaccin. » « Et là c'est bon, je vaccine. »

-I11 : « Et que ça n'a aucune répercussion sur le bébé. »

-I12 : « Qu'on m'assure qu'il n'y ait aucun effet secondaire... » « Mais au moins les effets négatifs, parce qu'on nous bourre le crâne avec des choses, c'est super, il faut le faire. D'accord, mais on prend un risque, on ne sait pas les risques. »

Certaines personnes interrogées (5/13) réclament plus de transparence dans l'information donnée au sujet de la vaccination, que ce soit concernant les effets bénéfiques mais surtout les effets secondaires et complications potentielles liées à la vaccination. Ils expriment que l'amélioration de la transparence, surtout vis à vis des effets « négatifs », renforcerait leur acceptabilité de la vaccination.

-I2 : « On ne peut que rassurer les gens / en leur disant que effectivement, il peut y avoir des risques »

-I3 : « Mais voilà, j'attends de mon médecin que cette info soit vraie, fondée sur des arguments valables, et si c'est le cas oui, mon médecin me dit ça je suis. » « Aujourd'hui voilà, carrément! C'est à dire c'est qui étudie les médicaments, les vaccins? Ça peut être une firme, mais est ce qu'on a un cortège d'experts indépendants qui est lié, ou qui a un regard sur ça de manière... enfin c'est plus de transparence. » « C'est, y'avait une très belle citation, j'ai plus le nom dans le British medical journal, qui disait que quand c'était pas clair, enfin pas transparent c'était pas forcément très clair. Et aujourd'hui il y a quand même une relative opacité des différentes pratiques. »

-I4 : « Enfin oui, de savoir la vérité quoi. De vraiment savoir la vérité, et non pas avec l'argent qu'il y a derrière et tout ça quoi. »

-I8 : « Voilà déjà qu'on soit clair et honnête. »

-I12 : « Ils diraient le négatif, je me dirais : « bon, ok, ils nous le disent. Bon, je les croie, et pourquoi ils nous mentiraient de toute manière sur du négatif, c'est n'importe quoi. » « Bah qu'on nous dise vraiment les... les... la... (Hésite)... La vérité... »

Certains expriment aussi le souhait que soient utilisés dans les vaccins des produits dits « naturels », on pourrait qualifier cela de tendance « Bio ».

- I4 : « Si c'était naturel. », « On me dirait...euh... je vous injecte de la... je sais pas moi... des algues! (rires !!)... pour lutter contre telle maladie... »
- I7 : « Essayer d'avoir des bons produits, et éviter que les... que ce soit nocif pour les enfants, tout simplement. »

Quelques uns (6/13) souhaitent être informés des données épidémiologiques. Parmi eux, certains aimeraient que leur soit précisé le risque épidémique potentiel en cas d'absence de vaccination. D'autres demandent à connaître les données épidémiologiques des différentes pathologies pour lesquelles on vaccine.

- I2 : « Mais quels seraient les risques si on ne vaccinait aucun enfant? C'est ce rapport là qu'il faut mettre en face... euh... dans la réalité des gens. »
- I3 : « Je préférerais qu'il me dise bah effectivement si L. il est pas vacciné, bah effectivement, il pourrait être porteur de telle ou telle pathologie, contaminer les copains en crèche et puis faire qu'il y aurait des épidémies tout ça. »
- I5 : « Ah qu'on entende parler d'une épidémie. Si on entendait qu'il y a une épidémie... » « Alors qu'il y a combien de chance pour qu'un enfant contracte ou la méningite ou l'hépatite B? »
- I8 : « Voilà donc si vraiment y'a des épidémies ou des euh... des... des maladies qui reviennent bon bah dans ces cas-là on instaure, je sais pas moi, du dialogue avec les gens pour leur montrer, leur expliquer... mais en obligeant non... »
- I10 : « Un vaccin c'est bon pour un pays donné à un moment donné. Là, on peut y aller sur la rougeole à Val-Thorens, j'entends, ok, il y a 48 cas, là d'accord. »
- I11 : « Alors s'il y avait vraiment des gros risques pour mon bébé déjà. Si on me prouvait qu'il y avait des gros risques, s'il y avait des cas. Par exemple d'enfants qui avaient eu ça, où qui avaient été gravement atteints. Ça oui. » « Les maladies qui sont réapparues, pour quoi elles sont réapparues, combien de fois. »

Quelques-uns (5/13) expriment leur souhait que soient faites des études scientifiques indépendantes sur le court mais surtout le long terme. La notion de recul sur les effets secondaires à long terme est très présente.

- I6 : « Le but c'est de les protéger, donc je suis pas contre la vaccination à partir du moment où elle a déjà été pratiquée sur de nombreux patients, c'est malheureux de dire ça mais voilà, et que il y a pas eu trop de mauvais retours sur les effets secondaires éventuels. »
- I8 : « Long terme et court terme bien sûr ! Voilà, de vraies études... Parce que c'est pareil, je lis des choses comme quoi ces études-là ne sont pas super bien faites non plus, à fond sur les vaccins. »
- I9 : « Mais aujourd'hui, effectivement, on a le recul suffisant et moi en ma qualité d'expert, si à un moment donné j'avais des doutes, maintenant les données scientifiques elles sont claires, elles montrent qu'il n'y a pas de risque ou que le risque est suffisamment mesuré. Moi il me faudrait ça. »
- I10 : « Ça ferait quarante ans, cinquante ans qu'on vaccinerait à tout va comme ça, bah je me poserais pas de question, j'entendrais... je saurais à quoi m'en tenir. »
- I12 : « Et je parle aussi du recul, parce que moi j'ai trente ans, et le ROR ça se faisait à l'époque aussi, donc voilà. » « Long terme et court terme bien sûr ! Voilà, de vraies études... Parce que c'est pareil, je lis des choses comme quoi ces études-là ne sont pas super bien faites non plus, à fond sur les vaccins »

Pour un interviewé, ces études auraient plus de poids à leurs yeux si elles étaient faites par les détracteurs de la vaccination.

- I9 : « J'aimerais c'est que la communauté scientifique, dont les plus fervents détracteurs et les plus éminents détracteurs, c'est-à-dire les gens les plus éclairés sur la question, finissent par dire : «oui

effectivement, maintenant nous avons des preuves. On sait, il y a un certain nombre de travaux scientifiques, qu'on a quelques années de recul, on a pu faire des expérimentations d'une façon sécurisée»

Pour une autre interviewée, le fait même de l'obligation constitue un déterminant de l'acceptation vaccinale.

-I7 : « Bah le fait que ce soit obligatoire (rires), on a pas le choix... Si je veux inscrire mon enfant à l'école, à la crèche... (rires)... bah oui c'est tout. »

Quelques interviewés (3/13) citent l'automatisme vaccinal et l'antériorité vaccinale comme facteur favorisant l'acceptation.

-I10 : «Diphtérie, tétanos, poliomyélite... prrrrrtt... Bon... Ceux-là, déjà c'était encore ceux qui étaient vraiment obligatoires »

-I11 : «Après, tétanos, rougeole, oreillons et tout, c'est plus ancré en fait, parce que nous on a déjà été vacciné contre ça, et ça me pose moins de problème, je ne sais pas pourquoi. » «Si on m'apporte les preuves que vraiment c'est nocif ou que c'est pas nocif, je ferais en fonction de ça »

-I12 : «Bien sûr le DTP, par exemple, qui est connu depuis des années, moi je l'ai eu. » « Voilà, moi j'ai eu DTP. Mon mari a eu DTP aussi. » « bah DTP, non ça ne me gêne pas, non ça c'est normal. » « Et ROR je suis pour. »

-I13 : « après DTP, je suis d'accord. » « J'entends pour certaines choses, diphtérie voilà, DTP, il n'y pas de souci là-dessus. Il y a des choses, il n'y a pas de souci, je sais que c'est grave mais... »

La certitude de l'efficacité vaccinale apparaît comme un facteur d'acceptabilité pour deux interviewés.

-I11 : « Des preuves scientifiques comme quoi ça fonctionne »

-I12 : « Si on m'assurait que la méningite serait impossible pour mes filles en les vaccinant, pourquoi pas. »

Le remboursement des vaccins à cent pour cent est aussi évoqué comme facteur qui augmenterait l'acceptabilité vaccinale.

-I10 : « Parce que déjà, ce n'est pas remboursé à cent pour cent » « Déjà le minimum de choses qu'ils auraient pu faire pour faire croire que c'était pour une question de santé publique, c'était de nous les faire rembourser à cent pour cent. Hors ça ne l'est pas. »

c) Personne, institution dignes de confiance pour délivrer l'information :

Les attentes des interviewés concernant les personnes ou institutions les plus à même selon eux à délivrer l'information vaccinale sont multiples.

Le médecin traitant :

Le médecin traitant ou le pédiatre apparaissent comme une évidence pour certains interviewés.

-I3 : « je pense que l'intervenant de premier recours est notre médecin de famille qui à priori si on lui fait confiance devrait être en mesure de nous donner une information transparente, claire et idéalement indépendante de tout conflit également...parce que... donc je pense que la première personne qui aurait eu le...comment dire... la légitimité d'en parler ça aurait été mon médecin. »

- I6 : « Dans ces cas-là faudrait que ce soit vous qui informiez ou qui passiez l'information, sur les éventuels effets secondaires et ainsi de suite, dans le cadre de la vaccination où là on aurait vraiment une réponse concrète et sûre de la part du corps de médecins plutôt que d'internet. »
« Par les pédiatres, puisqu'on est amené quand ils sont petits à faire au moins une visite par mois au minimum chez le pédiatre pendant un bon moment. Donc peut être que c'est la première qu'il faudrait qui vienne... au niveau du pédiatre. »
- I7 : « avec le médecin ça peut être pas mal, puisqu'on est obligé de venir les huit premiers mois, donc on peut très bien avoir une explication avec le médecin, qu'il nous explique bien etc... »
- I8 : « enfin le plus simplement possible, déjà quand je pose des questions à mon... mon médecin... »
- I11 : « soit avoir un rendez-vous, soit une association... Enfin un rendez-vous avec le pédiatre qui explique, justement comme on disait, plus de transparence. »
- I12 : « Par le gouvernement. Par la ministre notamment, quoi. Par ça... par des médecins bien sûr ! Voilà, par les médecins et le gouvernement. »

- Un professionnel exerçant dans le domaine de la médecine non allopathique :

Une interviewée souhaiterait que l'information soit délivrée par un autre biais que la médecine traditionnelle.

- I4 : « Par... par autre ch... par autre chose que le système médical en fait. Parce que j'ai pas envie que ce soit le système médical. »
« Des personnes qui sont... qui savent... qui savent soigner par les plantes et tout ça des naturopathes. Des gens qui savent par la nature... Comment ils faisaient avant? Quand on était malade, il y a avait les plantes non? »
« oui plus des gens qui sont dans le milieu naturel en fait, pour voilà... se faire du bien au corps par l'intermédiaire de la nature. » /
« (en lui posant la question d'une consultation dédiée) Oui, oui oui! Oui, oui quand même. Oui, avoir un médecin qui explique exactement, vraiment en disant...Hmmm... en ayant pas peur de dire les choses, que ce soient les effets positifs ou négatifs... Enfin oui, de savoir la vérité quoi. De vraiment savoir la vérité, et non pas avec l'argent qu'il y a derrière et tout ça quoi. »

- La sécurité sociale :

L'un des sujets propose que la sécurité sociale délivre l'information.

- I5 : « Je pense que c'est à eux de le faire, nous faire passer peut-être... envoyer des notes aux familles puisqu'ils envoient « aime tes dents » , ils envoient un tas de truc pour qu'on fasse suivre les enfants pour les dents. Pour les femmes, les mammographies tout ça...
Peut-être qu'il serait utile aussi d'envoyer des courriers aux familles et leur dire : voilà tel vaccin devient obligatoire, euh et nous expliquer... »

- L'Etat :

Un interviewé souhaite que l'information soit délivrée par l'Etat.

- I12 : « Par le gouvernement. Par la ministre notamment, quoi.

- L'école :

Un autre propose que les enfants soient informés à l'école et qu'ensuite ils transmettent ce qu'ils ont appris à leur parent.

- I6 : « Après, l'école peut être, pour expliquer aux enfants aussi en quoi est faite la vaccination et l'importance de la faire. Peut-être que si on est formaté entre guillemets ou du moins informé étant jeune, ça suit son sens après aussi. »

« qu'ils puissent comprendre et du coup ils relaieraient l'information aux parents et... »

- La télévision :

Deux interviewés pensent que la télévision serait un bon support pour délivrer l'information.

-I7 : « Je pense que ce serait bien d'expliquer, de faire des émissions et que si y'a des gens qui disent que ça, ça peut être dangereux...euh... l'aluminium ça peut être dangereux... euh... on peut changer par autre chose, et bien ils écoutent les gens et ils changent pour avoir des vaccins qui ne soient pas nocifs. »

-I11 : « Donc faut faire je ne sais pas des spots télévisés qui expliquent ça, ou pas ? Nous on ne le sait pas tout ça en fait. »

- Un médecin spécialisé en vaccinologie :

Certains pensent que l'information devrait être délivrée par des médecins « indépendants » et mieux formés aux questions de la vaccination.

-I10 : « Des médecins qui ont étudié la vaccination plus profondément que ce qu'on a étudié à l'école. »
« j'aurais voulu entendre une conférence, j'aurais voulu entendre que plein de médecins donnent leur avis, qu'il y ait une discussion autour de ce sujet-là. »

-I13 : « Peut-être un médecin qui serait... pas anti-vaccin, mais qui aurait un autre avis là-dessus. Voilà. Qui expliquerait, enfin pas qui expliquerait ça autrement, mais qui aurait un autre avis là-dessus. »

V. Discussion

A. Limites et points forts de l'étude :

1. Limites de l'étude :

a) *Mode de recrutement :*

Une partie des interviewés a été recrutée grâce au réseau médical de l'investigateur par la méthode dite « boule de neige ». Il s'agissait de connaissances servant d'intermédiaires pour le recrutement. Le risque de la « boule de neige » est que la personne interviewée se limite dans ses réponses par rapport à l'intermédiaire, c'est-à-dire que la personne intermédiaire peut influencer de manière indirecte et inconsciente, sur le fait que la personne interviewée limite ensuite son discours.

Le recrutement par la méthode dite « boule de neige » peut aussi être biaisé parce qu'il a tendance à attirer des participants plus coopératifs qui se portent volontaires pour faire partie de l'étude, alors que les sujets moins coopératifs sont exclus.

Ce fut le cas dans notre travail, puisque la première partie du recrutement consistait à inclure des parents après mise en évidence, par le biais du carnet de santé, d'une absence ou d'un retard de vaccination obligatoire de leur enfant, suite à un passage en pédiatrie à l'hôpital de Bayonne. Cette première phase de recrutement s'est soldée par un nombre important de refus. En effet, seulement un patient sur les vingt contactés a accepté de participer à notre étude. Les patients ayant refusé de participer à notre travail, prétextaient souvent un manque de temps (huit des parents contactés). D'autres en revanche ne souhaitaient simplement pas participer (huit d'entre eux). Les trois restants n'ont jamais répondu.

Le recrutement s'est ensuite effectué uniquement via les médecins généralistes de la maison de santé de Mimizan et les pédiatres libéraux du Sud Landes et de la côte Basque. Sept entretiens ont été réalisés à Mimizan et les cinq autres par le biais des pédiatres libéraux. Six autres parents recrutés par les pédiatres avaient également accepté de participer, un n'a pas donné suite et les cinq autres n'ont pas été recontactés du fait de la saturation des données.

Un nombre important de patients a donc été inclus du fait d'une hésitation vaccinale importante, puisque douze des treize patients interviewés avaient fait part de leur hésitation vaccinale aux médecins qui les avait reçus en consultation.

Les patients appartenaient géographiquement aux départements des Landes et Pyrénées-Atlantiques. Ces deux départements appartiennent à la région Nouvelle-Aquitaine qui ne fait pas partie des régions les plus réticentes à la vaccination. Elle se situe plutôt dans la moyenne avec une adhésion vaccinale en 2016 de l'ordre de 75% d'avis favorables déclarés dans les résultats du baromètre santé 2016 (75,1% à l'échelle du territoire, variation de 70,5% à 79,8% selon les régions) (42). Ceci peut être une limite car cette région n'est pas représentative de l'opinion globale des français.

La parité n'a pas été respectée, dans cet échantillon, puisque sur les 13 interviews, un couple a été interrogé, trois hommes et neuf femmes. Nous avons donc une sur représentation de l'opinion des femmes qui semblent plus impliquées dans la prise en charge de la santé de leur enfant. Ceci étant tout de même à pondérer puisque deux des femmes interrogées ont fait part au cours des entretiens

que leurs maris étaient plus hésitants qu'elles en termes de vaccination. Leur présence seule à l'entretien était expliquée par le fait qu'elles avaient simplement plus de facilité que leur conjoint, à se rendre disponibles pour l'entretien.

b) Mode d'investigation :

Les patients ont pu être intimidés par la profession de l'enquêteur et par le fait que les entretiens se soient déroulés pour certains au sein d'un cabinet médical. Il est possible que cela ait pu influencer les réponses, les sujets pouvant ne pas se sentir dans un environnement neutre.

Certaines entrevues ont été réalisées en présence d'enfants en bas âge, ce qui a pu altérer la disponibilité des patients et le temps d'échange.

La manière d'interroger l'interviewé(e) a pu influencer sa réponse. L'intervieweur pouvait parfois éprouver des difficultés à rester neutre devant certains propos. En particulier, son langage corporel pouvait exprimer des émotions non conscientes qui pouvaient biaiser la réponse de l'interviewé.

L'enquêteur a pu manquer d'expérience lors de la réalisation des premiers entretiens. Ce manque d'expérience initiale a pu influencer les réponses des premiers interviewés aussi bien dans le sens de réponse plus orientées que d'information manquée. Le questionnaire a été retravaillé après les premiers entretiens et la façon d'interroger les sujets a été rediscutée avec le directeur de thèse ce qui a permis de la perfectionner.

Malgré un guide entretien comportant uniquement des questions ouvertes, l'enquêteur a été amené à modifier la formulation de ses questions, du fait de certaines réponses trop vagues des interviewés. Il a pu les rendre plus fermées en cours d'entretien, et cela a pu influencer, modifier les réponses.

La présence d'un dictaphone a pu perturber et freiner certains interviewés dans leurs confidences.

Le délai de retranscription de quelques jours de certains entretiens a pu entraîner une perte de données notamment sur le langage non verbal de l'interviewé.

c) Biais d'interprétation :

La totalité des entretiens a bénéficié d'une double lecture, cela afin de limiter au maximum le biais d'interprétation.

Cependant, notamment lors des premiers entretiens, l'inexpérience de l'investigateur et du directeur de thèse dans le travail qualitatif a pu être un frein dans le codage des informations.

D'autre part, le fait que le second lecteur n'ait pas été présent aux entretiens peut modifier l'interprétation des informations qui sont alors prise en compte en dehors de leur contexte (environnement, mimique, attitude de l'interviewés...). La personne qui a mené les entretiens était plus sensible à ses données subjectives.

2. Les points forts de l'étude :

a) *Type d'étude :*

L'intérêt de la méthode qualitative prend ici tout son sens. Il ne s'agit pas de quantifier, de mettre en évidence des causes, des effets ou des résultats, ni de généraliser des conclusions d'un point de vue statistique. Mais, il est question de comprendre le phénomène à l'étude en répondant à des questions telles que «qu'est-ce qui se passe ?», «pourquoi ?» et «comment ?», plutôt qu'à «combien ?» ou «à quelle fréquence ?». (43)

La recherche quantitative s'intéresse aussi au « pourquoi ? », mais d'une manière statistique. Elle a pour objectif d'identifier les facteurs de risque, quand il s'agit d'étudier un lien de causalité. A l'opposé, la recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter). (44)

Pour explorer et comprendre les déterminants de l'hésitation vaccinale, champ d'étude à la fois vaste et complexe, la méthode qualitative semblait tout indiquée.

b) *Mode de recrutement :*

Contrairement à la recherche quantitative, on ne recherche pas à obtenir un échantillon le plus représentatif possible. On cherche à obtenir un petit nombre de sujets « exemplaires », qui représentent une perspective plutôt qu'une population.

On cherche à recruter des participants qui feront ressortir des divergences qui existent au sein d'une population ciblée par rapport à la question de recherche.

Pour ce faire nous avons eu recours d'une part à la méthode de l'échantillonnage théorique, et d'autre part à la technique de la boule de neige.

Le recrutement selon la méthode de l'échantillonnage théorique (45), fait partie de la théorisation ancrée. Cela consiste à sélectionner les participants selon un rationnel fondé sur les concepts qui émergent en cours d'étude, de sorte que les questions clés soient correctement représentées. L'analyse et la collecte des données sont réalisées en parallèle. L'analyse des données collectées permet d'identifier des manques dans les données, de poursuivre la collecte et d'adapter le guide d'entretien.

La méthode par théorisation ancrée peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation. Le principal outil est la catégorie, elle permet de faire le lien entre la technique qualitative et l'effort de conceptualisation.

La première règle, l'ancrage, consiste à se référer à ce que vivent les interviewés et à le restituer fidèlement. Comme le décrit Christophe Lejeune dans son manuel d'analyse qualitative (38) : « rendre fidèlement du vécu des personnes rencontrées interdit évidemment de « forcer » le matériau pour le faire entrer dans des cases préconçues. Plutôt que d'appliquer des théories existantes, une telle méthode implique, au contraire, d'en créer de nouvelles. »

La deuxième règle, la théorisation, découle donc de l'esprit de la première.

L'échantillonnage selon la technique de la boule de neige (45) permet d'identifier des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants. Devant le sujet sensible, passer par un intermédiaire de confiance paraissait adapté.

c) *Modalités de l'entretien :*

- Entretiens individuels :

Par rapport aux entretiens de groupes, ils permettent plus facilement d'aborder des sujets sensibles (44). Cela facilite l'expression d'un avis, et c'est également plus simple à organiser. De plus, les entretiens de groupe nécessiteraient plusieurs observateurs pour rapporter les propos de chacun.

- La méthode semi-dirigée :

Elle a été privilégiée et consiste en des entretiens en face à face, avec des questions ouvertes (45). Cette méthode permet de la souplesse dans la réalisation de l'entretien puisque l'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Tous les entretiens ont pu être réalisés par l'investigateur en face à face. Ce mode d'entretien permettait une réelle rencontre avec l'interviewé du fait de la proximité physique. D'une part, cela permettait la prise en compte associée du langage non-verbal et d'autre part, cela favorisait d'éventuelles relances si l'entretien semblait s'engager dans une impasse.

Le guide d'entretien élaboré se composait principalement de questions ouvertes. Les réponses aux questions ouvertes sont souvent qualitatives et riches en informations. Quand on emploie une question ouverte, on formule une interrogation sans fournir de modalités de réponse, l'interviewé a toute liberté pour répondre. Il n'est pas bridé par des réponses prédéfinies. Sa réponse est plus spontanée.

- Un lieu neutre :

Le lieu de réalisation de l'entretien a toujours été laissé au libre choix de l'interviewé(e). Un endroit calme et neutre était privilégié, que ce soit le domicile du patient, le lieu de travail du patient, ou un café. Le bureau de consultation utilisé pour plusieurs entretiens reste un endroit calme, même si sa neutralité peut être remise en questions.

d) *Données épidémiologiques :*

Volontairement, les questions socio-démographiques étaient posées en fin d'entretien pour ne pas commencer par un interrogatoire pouvant être perçu comme intrusif par l'interviewé. En effet, le cas

contraire, nous craignons que cela puisse entraver le bon déroulement de l'entretien constitué de questions ouvertes.

Les interviewés sont de niveau socio-économiques divers. En effet, si l'on se réfère à la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), toutes les catégories sont représentées, hormis celle des retraités. (46)

Les critères portant sur l'âge, le lieu de vie sont également diversifiés. La tranche d'âge représentée s'étale de 27 à 55 ans, avec une moyenne d'âge de 39 ans. Concernant les lieux de vie, trois vivent à la campagne, trois en ville, et on note une sur-représentativité du milieu semi-rural avec sept interviewés. Il est difficile d'apprécier la représentativité de notre échantillon du fait d'étalement géographique des sujets interrogés entre la région de Mimizan et celle de Bayonne.

Tout cela permet la création d'un échantillon varié, hétérogène et de tendre vers la variation maximale. Le principe étant de faire varier au maximum le profil des répondants (selon 2 à 3 critères), qui correspondent ici aux catégories socio-professionnelles, âge et lieu de vie.

e) *Le codage et l'analyse :*

- L'évolutivité du guide d'entretien :

Le guide initiale comportait cinq thèmes principaux que nous souhaitons abordés.

Cependant, du fait de réponses pauvres ou imprécises, observées après le codage des premiers entretiens, il nous ait apparu qu'il fallait modifier l'approche du questionnement sur les connaissances vaccinales, en faisant une distinction plus précise entre principe et rôle de la vaccination.

De plus, un sixième thème a également été ajouté, puisqu'il est ressorti assez vite des premiers entretiens que la notion d'attente vaccinale, en termes d'information ou d'acceptation, était fondamentale. Dans cette dernière partie, la question sur l'intérêt d'une consultation dédiée à la vaccination a pu être abordée selon la tournure de l'entretien et les réponses apportées par l'interviewé(e).

Ces modifications réalisées, tout au long de ce travail, illustre l'évolutivité et la souplesse de la méthode choisie, et notamment du guide d'entretien, pour appréhender dans sa globalité le phénomène à l'étude.

- Le double codage :

Le double codage ou triangulation de chercheurs (47) qui faisait intervenir plusieurs personnes dans l'étude a permis le contrôle de la validité interne des résultats de l'étude.

La triangulation permet ici la validité des significances des interprétations (corroboration de l'interprétation du chercheur et du directeur de thèse).

Le double codage a été réalisé par l'investigateur et un autre chercheur (le directeur de thèse), tout comme la création du guide d'entretien, la création de l'arbre de codage et l'analyse.

3. Originalité de l'étude :

A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative menée dans le Sud-Ouest de la France et s'intéressant aux déterminants de l'hésitation vaccinale par le biais d'entretiens semi-dirigés menés auprès de patients.

Une étude comparable a été réalisée auprès de médecins généralistes et de patients du Sud-Est de la France en 2017 (48), mais ne s'intéressait cependant pas à l'extension de l'obligation vaccinale, non encore en vigueur.

Ce travail apparaît donc à ce titre original, et enrichit les connaissances actuelles dans le cadre de l'exercice de la médecine préventive en France.

B. Comparaison des principaux résultats avec la littérature :

L'hésitation vaccinale est un sujet largement traité. De très nombreuses études se sont penchées sur le sujet ces dernières années, avec de nombreuses approches méthodologiques différentes. L'intérêt ici, est de s'intéresser aux motivations de leur hésitation vaccinale mais également à leurs attentes. Nous avons également pris en compte le ressenti des interviewés. Grâce aux thématiques principales qui transparaissent de leurs discours, nous avons tenté de les mettre en perspective avec ce qui a pu être retrouvé ailleurs dans la littérature.

Il est important de bien identifier les facteurs influençant l'hésitation vaccinale puisqu'en 2016 (42), 25% des personnes en France étaient, d'une façon générale, défavorables à la vaccination.

1. Déterminants de l'hésitation vaccinale :

Tous les patients interviewés ont fait part d'une hésitation vaccinale, qu'ils soient pour ou contre la vaccination. L'hésitation vaccinale ne concerne pas uniquement les personnes contre la vaccination. On observe une multiplicité de comportement vaccinal chez les sujets hésitants à la vaccination, à savoir : la non-vaccination, le retard de vaccination, voire même la vaccination conforme au calendrier. Une personne peut en effet se vacciner ou faire vacciner son enfant tout en ayant des doutes sur l'efficacité ou l'utilité de certains vaccins (24).

a) Connaissance vaccinale et des maladies ciblées par la vaccination :

Les connaissances vaccinales se situent à des niveaux très variés, allant d'une assez bonne connaissance pour certains patients à très peu de connaissance sur le sujet vaccinal pour d'autres. Cependant, il transparaît au fil des entretiens que même si les interviewés semblent bien connaître la liste des vaccins, leur connaissance des maladies contre lesquelles ils protègent est parfois erronée,

voire inexistante. C'est notamment le cas pour les maladies contre lesquelles protège le vaccin visant l'*Haemophilus influenza* de type b.

On ne retrouve pas de lien évident dans notre étude entre le niveau de connaissance et la position concernant la vaccination. L'hésitation vaccinale ne semble pas être corrélée à un faible niveau de connaissances.

En effet, dans notre échantillon, certains interviewés sont des professionnels de santé, avec de bonnes connaissances et néanmoins font preuve d'hésitation.

Les données de la littérature sont contrastées. L'absence de corrélation entre niveau de connaissance et acceptation vaccinale est également observée dans les entretiens réalisés par Angelucci et Pierre (48). De même, dans une enquête menée à travers 67 pays dont la France (9), il est retrouvé qu'un meilleur niveau d'éducation n'est pas associé à une opinion plus favorable concernant l'importance et l'efficacité vaccinales par rapport à un faible niveau d'éducation.

A contrario, dans une revue systématique de la littérature réalisée en 2010 (49), concernant l'acceptation des vaccins combinés et notamment du ROR, il est mis en évidence un lien entre un niveau d'éducation bas et le refus vaccinal.

b) Vaccins faisant hésiter :

Volontairement, nous n'avons volontairement pas ciblé de vaccin en particulier, cela afin de pouvoir s'intéresser aux onze vaccinations obligatoires en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

Parmi les treize patients interrogés, onze ont pu signaler au moins un vaccin les faisant hésiter. Cependant, deux patients n'ont pas cité de vaccin spécifique mais plutôt un adjuvant comme source de l'hésitation, l'aluminium plus précisément.

L'étude qualitative réalisée dans le Sud-Est (48), retrouvait des résultats similaires avec une majorité des interviewés évoquant des réticences vis-à-vis de vaccins spécifiques.

L'hésitation vaccinale est également définie par l'OMS (22) comme spécifique à un vaccin. Dans notre recherche, il est mis en évidence que cette hésitation n'est pas toujours en lien avec un vaccin précis, mais parfois uniquement à la présence de l'aluminium en tant qu'adjuvant.

La vaccination contre le VHB transparait comme étant celle provoquant le plus de réticence dans notre échantillon, avec onze interviewés hésitants. Dans les résultats du baromètre santé 2016 (42), elle est celle qui recueille le plus d'opinions défavorables en 2016 (13,0%), après la vaccination contre la grippe saisonnière (15,4%).

c) Perte de sens de la vaccination :

On observe chez les interviewés, une perception de la balance bénéfice-risque qui s'est inversée.

En faisant pratiquement disparaître certaines maladies (tétanos, diphtérie, poliomyélite, rougeole), la vaccination en a effacé le souvenir. De ce fait, se protéger contre ces maladies a perdu du sens pour ces sujets hésitants. La vaccination semble victime de son succès.

Cette remise en question de l'intérêt vaccinal est une des raisons d'hésitation fréquemment évoquée par les interviewés. Les maladies à protection vaccinales sont considérées comme devenues trop rares voire inexistantes. Et il leur semblerait préférable de vacciner contre des maladies que l'on rencontre plus fréquemment comme la varicelle ou la bronchiolite.

Alors on peut comprendre leur interrogation sur le fait de continuer à vacciner contre des maladies qui n'existent quasiment plus voire, plus du tout. En réponse à cela, l'OMS explique que bien que les maladies à prévention vaccinale soient devenues rares dans de nombreux pays, les agents infectieux responsables continuent à circuler dans certaines régions de la planète (50).

La population a tendance à oublier que c'est, en grande partie grâce à la vaccination, que la mortalité infantile a considérablement diminuée au fil des 300 dernières années. En effet, d'après les données de l'INED (Figure 3), en 1740 la mortalité infantile en France était importante avec près d'un enfant sur trois qui mourait avant d'atteindre l'âge de un an. Le premier virage s'est fait à la fin du XVIIIème siècle avec la diffusion de la vaccination contre la variole. En 1850, c'est un enfant sur six qui mourait avant l'âge de un an. Par la suite, on observe au début du XXème siècle une diminution du taux de mortalité infantile qui s'accélère après la première guerre mondiale. On note que la vaccination anti variolique devient obligatoire en France en 1902, puis celle de la diphtérie en 1938, celle du tétanos en 1940, celle de la tuberculose en 1950 et enfin celle de la poliomyélite en 1964. En parallèle, la mortalité infantile passe de 150 décès/1000naissance au début du XXème siècle à 3,5 décès/1000 naissance en 2015.

Les deux raisons essentielles de se faire vacciner sont de se protéger et de protéger ceux qui nous entourent contre des agents infectieux ciblés responsables d'une morbi-mortalité non négligeable.

La réussite des programmes de vaccination dépend de la coopération de chaque personne pour garantir le bien-être de tous. Les avantages de la vaccination vont au-delà de la prévention de maladies spécifiques chez les individus. Du taux de couverture vaccinale dépend, la propriété altruiste du vaccin. Une vaccination universelle est la pierre angulaire d'une bonne santé publique à l'échelle mondiale. En faisant baisser la morbi-mortalité elle permettra de réduire les inégalités et la pauvreté (51).

De plus à l'heure du libre-échange et des flux de population, la vaccination n'est que plus indispensable pour prévenir par exemple, la réapparition d'infections quasiment disparues en occident mais encore très présentes dans le reste du monde, par exemple la poliomyélite ou la diphtérie.

d) Remise en question de l'efficacité vaccinale :

Un autre élément qui participe à l'hésitation vaccinale a été mis en évidence dans notre étude, il s'agit de la remise en question l'efficacité des vaccins.

Malgré une efficacité largement démontrée, comme le rappelle l'INSERM dans sa mise au point sur les données scientifiques disponibles sur les différents vaccins actuellement obligatoires (52), on note une mise en doute de l'efficacité des vaccins. Ces données sont, entre autre, basées sur les notes de synthèses de l'OMS (53), avec une efficacité supérieure à 90% pour dix des onze vaccinations obligatoires. Seule l'efficacité concernant la coqueluche est un peu en deçà et varie entre 85 et 90%.

Le virus de l'hépatite B se transmet via les fluides corporels. Les interviewés remettent en question l'intérêt de vacciner des enfants de moins de deux ans.

Pourtant, cette vaccination est recommandée par l'OMS pour tous les nourrissons depuis 1997 (53), avec un vaccin qui est très efficace chez le nourrisson. La durée de protection conférée à un sujet vacciné dans la très petite enfance est suffisante pour protéger, lors de l'exposition au risque, un sujet vacciné dans la très petite enfance, même plusieurs décennies plus tard. Ce vaccin est très bien toléré. Son association au sein des combinaisons vaccinales hexavalentes permet de protéger les nourrissons sans nécessiter d'injections supplémentaires. Enfin, la couverture vaccinale très élevée du nourrisson a pour objectif d'envisager d'éliminer à terme l'hépatite B en France.

Nous avons observé dans notre échantillon, des sujets qui s'interrogeaient de la pertinence de ne vacciner que contre une seule souche de méningite, le méningocoque C. En effet, leur questionnaire résidait dans le fait qu'ils ne voyaient pas l'intérêt à vacciner leur enfant contre le méningocoque C, s'il pouvait contracter d'autres formes de méningites contre lesquelles ce vaccin ne protège pas.

Cette constatation démontre un manque de connaissance des vaccins de la population étudiée, puisque grâce aux onze vaccins obligatoires, on protège l'enfant contre trois bactéries responsables de méningite bactérienne chez l'enfant à savoir : *Haemophilus influenzae b*, pneumocoque et méningocoque C.

Les raisons pour lesquelles nous ne vaccinons que contre le méningocoque C, s'expliquent déjà d'un point de vue épidémiologique, avec une majorité des méningites à méningocoques causées par les sérotypes B et C, avec respectivement 62% et 24% des cas (54).

A l'heure actuelle, le vaccin contre le méningocoque B n'est pas recommandé en vaccination de masse, selon l'avis rendu par le Haut Conseil de Santé Publique (55), pour les raisons suivantes :

- les données disponibles d'immunogénicité montrent une durée de séroprotection limitée à 6-12 mois après vaccination complète chez le nourrisson et variable selon les antigènes ;
- le schéma vaccinal du nourrisson est lourd, nécessitant 4 doses difficiles à intégrer dans le calendrier actuel,
- le profil de tolérance du vaccin Bexsero® incite à l'administrer séparément des autres vaccins recommandés à cet âge car sinon il occasionne beaucoup de fièvre ;
- de l'absence de données démontrant un effet du vaccin sur le portage, effet indispensable à la mise en place d'une immunité de groupe ;
- d'un rapport coût-efficacité défavorable dans le contexte épidémiologique français actuel du fait de la faible durée estimée de protection et de l'absence de démonstration d'un effet sur le portage. »

Par contre, comme le montre le bulletin de santé publique 2018 (56) de nouvelle aquitaine, le taux de couverture vaccinale contre le méningocoque C en 2017 est mauvais dans les Pyrénées Atlantiques, avec pour la tranche d'âge 2-4 ans un taux de 74% qui s'effondre à 29% pour la tranche d'âge 10-14 ans alors que ce vaccin est recommandé jusqu'à l'âge de 24 ans puisque les populations à risque sont les nourrissons et les adolescents et jeunes adultes.

L'augmentation de la couverture vaccinale contre le méningocoque C est essentielle pour permettre d'apporter une protection durable à l'ensemble de la population. La vaccination des adolescents et des jeunes adultes est particulièrement importante pour diminuer le taux de portage et de transmission du méningocoque C, et ainsi entraîner une immunité de groupe permettant de protéger les sujets non vaccinés à l'instar des expériences obtenues dans d'autres pays.

Ainsi, les Pays-Bas ont montré qu'il était possible de faire disparaître de manière rapide et durable les infections invasives au méningocoque de type C avec une stratégie de vaccination incluant un large

rattrapage et des couvertures vaccinales élevées (90-95 %) dans l'ensemble des classes d'âge ciblées (57).

e) Minimisation du risque :

On constate que, bien que les sujets de l'étude connaissent globalement bien la liste des vaccins obligatoires, on se rend compte au fil des interviews qu'ils connaissent très mal ces maladies et leur épidémiologie.

Concernant les méningites, la majorité des cas survient de manière sporadique, ce qui peut limiter le ressenti de risque épidémique, comme développé par certains interviewés.

Ces raisonnements erronés et ces connaissances défectueuses des maladies, observés chez les interviewés, entraînent une minimisation du risque vis-à-vis des maladies à protection vaccinale. De façon inquiétante, cela va jusqu'à une certaine forme de fatalisme pour certains patients interrogés. Ils préfèrent prendre le risque certain que leur enfant contracte la maladie plutôt que de l'exposer au risque illusoire de toxicité, ou d'effet secondaire du vaccin. Certains en assument pleinement la responsabilité.

Cette méconnaissance est alimentée par les réseaux sociaux et par certains sites internet qui véhiculent des informations inexactes sous couvert de faux arguments scientifiques. Parfois même certains scientifiques peu scrupuleux ont sur le grand public, une « aura », et véhiculent via ces supports, leurs théories aux démonstrations douteuses.

f) Crainte des effets secondaires :

De plus, la crainte de ces maladies a été peu à peu supplantée par la crainte des effets adverses des vaccins et notamment de maladies engendrées par la vaccination. De ce fait, la balance bénéfico-risque s'est totalement inversée dans la société. C'est une des principales raisons évoquées par les interviewés lorsqu'il s'agissait de préciser pourquoi ils sont hésitants.

Le travail d'Angelucci et Pierre (48) corrobore cette crainte des effets secondaires, comme étant souvent la première cause d'hésitation. Ceci concorde également avec les autres données de la littérature, notamment de l'OMS (58).

Une récente enquête internationale (9), a été menée en 2015 dans 67 pays, elle a porté sur les quatre questions suivantes : « les vaccins sont importants pour les enfants », « je crois que les vaccins sont sûrs », « je crois que les vaccins sont efficaces », « les vaccins sont compatibles avec mes croyances religieuses ». Les 65819 personnes interrogées avaient à choisir cinq réponses : « fortement d'accord, plutôt d'accord, ne sait pas, plutôt en désaccord, fortement en désaccord ». Les résultats montrent que la quasi-totalité des pays ont une opinion positive sur l'importance des vaccins pour les enfants, sauf la Russie (17%), l'Italie (15%) et certains pays de l'Europe de l'Est. En revanche des pays ont un doute sur la sécurité des vaccins et la France est actuellement le pays le plus touché par le scepticisme sur la sécurité vaccinale, avec 41% des personnes interrogées qui sont en fort désaccord sur la sécurité vaccinale.

Parmi les peurs vis-à-vis d'effets secondaires arrivent au premier plan la toxicité de l'aluminium, et les potentielles maladies engendrées par la vaccination comme la sclérose en plaque, la myofasciite à macrophage, les maladies auto-immunes et l'autisme.

Ces craintes font toujours suite aux différentes polémiques vaccinales auxquelles nous avons fait face ces dernières années.

Ces craintes se maintiennent dans le temps malgré l'absence de preuve scientifique et la réfutation de nombreux autres travaux sérieux.

La crainte des effets secondaires sont souvent alimentée par la confusion qui existe entre coïncidence et causalité. La relation de cause à effet est difficile à prouver en ce qui concerne les vaccins : les études scientifiques doivent montrer une incidence plus élevée d'un événement dans le groupe vacciné que dans le groupe témoin (59).

Ce lien de causalité n'a pas été mis en évidence :

- ni dans la relation vaccin contre l'hépatite B et affections démyélinisantes du cerveau (60),
- ni entre vaccin et myofasciite à macrophages (61),
- ni dans la relation vaccin ROR et l'autisme (29).

En effet, on peut citer le cas de l'article publié dans le prestigieux journal The Lancet en février 1998 par AJ Wakefield (62) concernant le syndrome « autistic enterocolitis » induit par la vaccination ROR. Par la suite en 2010, cet article a été retiré de la revue par son comité scientifique, du fait de la mise en évidence d'une fraude.

Une grande étude danoise menée par A. Hvid et publiée en 2019 dans le New England Journal Of Medicine (63) a montré que la vaccination ROR n'induisait pas l'autisme, cela même chez les enfants issus de groupe à risque. Les auteurs, quatre universitaires danois, ont passé en revue les dossiers médicaux de 650.000 enfants nés au Danemark entre 1999 et 2010. Au cours de cette période, 6500 enfants ont développé des troubles du spectre autistique. Les chercheurs ont alors comparé le nombre d'enfants autistes parmi les vaccinés et les non-vaccinés et n'ont trouvé aucune différence.

Cependant, ce genre d'événement marque longuement les esprits, notamment des médecins, et il faut plus de temps pour défaire cette fausse idée qu'il n'en a fallu pour qu'elle s'installe.

Concernant la relation entre aluminium présent dans les vaccins et myofasciite à macrophages (MFM) (61), il n'existe à ce jour aucune preuve de toxicité neurologique imputable à l'aluminium issu de l'alimentation ou des adjuvants comme cela est très clairement expliqué sur le site internet « vaccinationinfoservice.fr » avec à l'appui de nombreuses références bibliographiques accessibles en ligne.

Le travail de Babin sur les adjuvants vaccinaux (14) apporte une réponse claire sur le recul dont nous disposons sur l'aluminium et sur le fait que la balance bénéfique/risque est largement en faveur de l'utilisation de cet adjuvant, même par rapport à d'autres adjuvants potentiels.

Ceci est confirmé en 2016 par l'Académie nationale de pharmacie, qui précisait que « la quantité d'aluminium apportée par une dose de vaccin est négligeable au regard des apports alimentaires, cosmétiques ou professionnels, que les cas de MFM n'ont été décrits qu'une soixantaine d'années après les débuts de l'utilisation de l'aluminium comme adjuvant, que 95 % des observations mondiales sont décrits par une seule équipe française, et enfin qu'un seul cas de MFM serait survenu depuis 2012 alors qu'environ 12 millions de doses de vaccin contenant un adjuvant aluminique sont administrés chaque année en France » (64)

g) Sentiment de sous-déclaration des effets indésirables :

On relève également dans certains entretiens une impression de sous déclarations des effets secondaires.

Ce sentiment est confirmé par les données de la littérature puisqu'elles rapportent une estimation du taux de déclaration inférieur à 10 % de l'ensemble des effets indésirables médicamenteux (65, 66). Malgré ce taux de déclaration très faible, le nombre d'évènements indésirables demeure marginal par rapport au nombre de vaccination effectuées, notamment à la vue des résultats publiés par le rapport de l'ANSM sur les premières données de pharmacovigilance concernant la sécurité des vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans pour la période 2012-2017 (67): 962 déclarations d'un ou plusieurs effets ou évènements indésirables concernent les nourrissons de moins de 2 ans, pour un total de 38 millions de doses vaccinales administrées entre 2012 et 2017

Au cours du premier semestre 2018, 75 déclarations d'un ou plusieurs effets ou évènements indésirables concernant les nourrissons de moins de 2 ans.

Ces données confirment donc la très bonne tolérance des vaccins et confirme le caractère infondé de l'opinion des sujets de notre étude.

h) Impression de manque de recul sur la vaccination :

Un autre facteur souligné à plusieurs reprises par les interviewés est le manque de recul que nous pourrions avoir sur certaines vaccinations. Ceci est d'autant plus important que le vaccin est récent.

Le sentiment de manque de recul est majoré par l'extension de l'obligation vaccinale. Selon les sujets interviewés, nous n'aurions pas le recul suffisant concernant la réalisation de ces onze vaccins ensembles, alors que ces vaccins sont pourtant recommandés depuis déjà plusieurs années.

Pourtant si l'on regarde les données épidémiologiques (67), rien qu'entre 2012 et 2017 en France, les effectifs de la population exposée aux vaccins entre 0 et 23 mois sont de l'ordre de 38 millions de doses vaccinales administrées dont environ 14 millions pour les vaccins combinés, 13,6 millions pour le vaccin pneumococcique conjugué 13 valent, 8 millions pour les vaccins ROR et 2,4 millions pour les vaccins méningococciques conjugués de sérogroupe C.

L'ANSM a d'ailleurs décidé depuis l'extension de l'obligation vaccinale de mieux informer sur les professionnels et le grand public sur la sécurité vaccinale. Il s'agit de la publication de rapport sur les données de sécurité vaccinale (67) pour les vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans. La première étude est rétrospective sur la période 2012-2017, puis les données seront mises à jour chaque année de façon prospective.

i) Idée de surcharge du système immunitaire :

Le nombre de onze vaccins ou simplement le fait que plusieurs vaccins soient regroupés en un seul dans l'imaginaire de certains interviewés pose également problème. Cela fait émerger chez les sujets de notre étude, la notion de « surcharge immunitaire ». Ils pensent que le système immunitaire est « débordé » si plusieurs vaccinations sont réalisées en même temps.

Comme l'indique l'Inserm dans son rapport de 2017 (52), « les arguments développés par les lobbys anti-vaccins et qui prétendent que les vaccins combinés provoquent un « épuisement du système immunitaire » ne reposent sur aucune base scientifique. La stimulation du système immunitaire induite par un vaccin, fût-il hexavalent, est en effet négligeable par rapport à ses capacités de réponse et par rapport aux stimulations environnementales quotidiennes. L'argument de l'âge invoqué par ces mêmes lobbys n'a aucun appui, puisqu'en effet les nourrissons sont au contact d'antigènes en grand nombre dès leur naissance. »

L'âge jeune des nourrissons est en effet apparue comme un frein à la vaccination chez plusieurs interviewés, en justifiant leur position avec une notion de plus grande fragilité associée au jeune âge.

Cet argument n'a aucun sens. En effet, justement cette fragilité immunitaire liée à l'âge légitime pleinement la vaccination des petits nourrissons afin de les protéger contre des maladies, dont on sait, d'après les données épidémiologiques de différents Centres Nationaux de Référence (CNR), que le très jeune âge en constitue le facteur de risque principal.

De façon inquiétante, nous constatons qu'un parent qui souhaiterait s'informer via internet au sujet de « le système immunitaire du nourrisson », va tomber invariablement et souvent en tête de page sur le site d'un professeur de médecine. En cliquant sur le lien, on arrive sur un de ses articles intitulé « *La construction du système immunitaire du nourrisson, 1000 jours à partir de la conception* ». Dans cet article, des propos mensongers sont tenus par ce scientifique. Nous pouvons citer par exemple à propos de la vaccination du jeune nourrisson « *il peut y avoir compétition entre les anticorps maternels et les anticorps que la vaccination induit. Il s'ensuit un "orage immunologique" chez le nourrisson dont les conséquences sont encore mal connues, mais peuvent être très graves* ». Cet article n'est qu'une succession d'allégations fausses. Cependant, le fait que cet homme soit professeur de médecine donne du crédit à ses propos, surtout quand des personnes non initiées consultent ses écrits. Ce professeur est de plus toujours au cœur de l'actualité puisque très récemment en juillet 2019, sa radiation de l'Ordre des Médecins prononcée en juillet 2016 vient d'être annulée (68). Cette médiatisation tend à diffuser son propos puisque cela peut susciter la curiosité et encourager les internautes à consulter son site.

j) *La méfiance vaccinale :*

La méfiance ou défiance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques, des pouvoirs publics, et des experts scientifiques est un des autres facteurs principaux de l'hésitation vaccinale cité par les interviewés.

C'est un aspect très inquiétant de nos sociétés modernes avec la perte de confiance dans l'expertise et dans la science. Ce phénomène est général et les vaccins n'y échappent pas. La méfiance semble faire souvent suite à différentes polémiques comme évoquées dans ce travail, notamment la gestion difficile de l'épidémie de grippe A en 2009, ou les difficultés d'approvisionnement pour certains vaccins en 2015-2016.

Est très présent dans notre travail, un sentiment d'être manipulé soit par le gouvernement, soit par l'industrie pharmaceutique.

Le constat est le même chez Angelucci et Pierre (48) avec une méfiance vis-à-vis de l'État, des pouvoirs politiques et des industries pharmaceutiques. Certaines attitudes de rejet de la vaccination ne visent pas le vaccin lui-même, mais plutôt les autorités de santé qui décident du calendrier vaccinal (24).

Dans leur travail (48), les médecins interrogés partageaient aussi cette crainte. Il ressortait un certain malaise des participants face aux instances gouvernementales. Certains d'entre eux évoquaient également la gestion imparfaite de l'organisation de la campagne vaccinale lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009 et aussi le retrait de la vaccination contre l'hépatite B dans le milieu scolaire en 1998. Les médecins généralistes interrogés rapportaient également l'omniprésence du rôle néfaste du lobby pharmaceutique dans le discours des patients. Cette omniprésence est inductrice de doute sur la crédibilité de leurs dires.

La théorie que l'argent gouverne les prises de décision en matière de santé publique, cela au profit de l'industrie pharmaceutique voir des hommes politiques, est très présente dans nos entretiens. Cela entraîne la remise en question de l'information vaccinale. Chez nos interviewés, le sentiment que l'industrie pharmaceutique et nos dirigeants politiques dans une moindre mesure privilégient le profit par-dessus tout le reste y compris en matière de santé est omniprésent. Ce sentiment que l'argent domine les prises de décisions va jusqu'à remettre en question les données scientifiques les plus fiables concernant la vaccination.

Dans certains de nos entretiens, le médecin généraliste ou pédiatre peut apparaître formaté par le système. Cela contribue à décrédibiliser son propos. Un travail de thèse décrivait ce profil de patient comme étant dans une « logique complotiste » (69).

L'honnêteté scientifique des experts est également contestée dans les milieux médiatiques, parfois même par d'autres scientifiques peu scrupuleux. Sont mises en avant des questions de relations et/ou de conflits d'intérêt avec l'industrie du médicament.

Dans l'échantillon de médecins interrogés dans le travail de thèse des lyonnais (48), au sujet des ruptures de stocks de vaccins, ceux-ci évoquaient également un sentiment de manipulation. Ces médecins rapportaient leur sentiment qu'on bafouait la liberté de choix du patient en donnant uniquement l'accès aux vaccins hexavalents. Ils avaient la sensation qu'on leur forçait la main pour vacciner plus largement, du fait de ces ruptures de stock des vaccins à cinq valences (36).

La désinformation par les médias a été peu évoquée par les interviewés de notre étude, même si elle semble plus importante dans d'autres travaux (48). Dans le travail de thèse des lyonnais, le rôle négatif des médias concernant la vaccination était évoqué par les patients et les médecins interrogés.

Dans un autre travail de thèse sur les déterminants de l'hésitation vaccinale, au travers d'une étude observationnelle descriptive de 1173 parents des Alpes-Maritimes (70), 40% des hésitants vaccinaux déclaraient avoir refusé ou retardé un vaccin après avoir lu ou entendu des « informations négatives dans les médias ».

Le rapport de l'INPES montre que seulement 6% des médecins font confiance aux médias et parmi ceux-ci, 53% estiment que les sources officielles, comme le ministère de la Santé (huit médecins sur dix) ou les agences sanitaires (neuf médecins sur dix) sont influencées par l'industrie pharmaceutique et 29 % préférèrent se fier à leur propre jugement plutôt qu'aux recommandations officielles (71).

k) Doutes émis par le corps médical au sujet de la vaccination :

Certains participants ont pu mettre en avant que le discours de certains soignants peut être un facteur d'hésitation vaccinale. En effet, on constate dans notre travail que certains soignants peuvent eux-mêmes exprimer des réticences vis-à-vis de certains vaccins et/ou des adjuvants.

Ce phénomène est aussi rapporté dans la littérature. Une étude récente de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DREES, portant sur un panel de médecins généralistes de ville, qui sont les acteurs principaux de la politique vaccinale, a mis en évidence que l'hésitation vaccinale touche une partie non négligeable du corps médical (71).

Ce dernier est très largement favorable à la vaccination en général : 97 % des médecins y sont favorables (80 % très favorables et 17 % plutôt favorables), avec une augmentation très nette des opinions « très favorables » par rapport à une enquête précédente en 2010 puisque 67 % s'étaient déclarés très favorables et 31 % plutôt favorables.

Malgré cette approbation massive, on note désormais des opinions plus nuancées selon la nature du vaccin. Ainsi un quart d'entre eux émettent des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins, notamment vis-à-vis du vaccin contre l'hépatite b.

Sur la question des adjuvants, 30 % d'entre eux estiment qu'ils peuvent être à l'origine d'effets secondaires graves et seulement 43 % se disent à l'aise pour expliquer leur rôle à leurs patients. Comme en matière de couverture vaccinale, un gradient nord-sud se retrouve : dans le sud, et le sud-est en particulier, les professionnels de santé expriment davantage de réticences à promouvoir la vaccination. Cette hésitation vaccinale est également fonction des vaccins, les vaccinations contre le méningocoque C, le papillomavirus et l'hépatite B étant les moins proposées.

Les raisons à l'origine de cette hésitation à vacciner par les médecins généralistes sont multiples. Certaines sont pratiques, comme le manque de temps pour expliquer l'utilité de la vaccination au cours de la consultation. Il était évoqué l'absence d'informations fiables et précises sur les vaccins, ou la méconnaissance du statut vaccinal du patient. D'autres en revanche sont plus subjectives, comme les incertitudes sur la sécurité de certains vaccins ou adjuvants.

Cela dénote le fait que l'information concernant la vaccination est insuffisante chez les médecins généralistes. On peut évoquer le manque de formation durant le cursus universitaire, le manque de temps pour s'informer, le manque de connaissance des sources fiables ou bien encore le manque de confiance dans les sources proposées quand bien même elles s'appuient sur des études sérieuses.

Ce constat recoupe celui d'autres enquêtes en France (72) et en Europe (73).

L'enquête DIVA menée en France (72), consistait en une étude qualitative par entretiens de groupes auprès de 36 médecins généralistes. Les freins à la vaccination identifiés étaient le risque d'effets indésirables et le contexte ambigu lié à la communication des autorités et des médias pour la vaccination anti-hépatite B, les effets indésirables, le manque de recul sur le vaccin et le contexte lié à la sexualité pour la vaccination anti-HPV. Il est également exprimé par les médecins généralistes interviewés dans cette étude, une opinion mitigée sur la crédibilité des informations délivrées par le ministère de la santé ou les institutions sanitaires, n'étant pas de nature à les engager dans la vaccination.

L'étude européenne (73) portait sur l'analyse de 65 entretiens semi-directifs à travers la Croatie (17/65), la France (16/65), la Grèce (15/65) et la Roumanie (17/65). Des réticences de même ordre se retrouvent chez les professionnels de santé, avec comme raisons principales la crainte d'effets adverses et la perception d'un manque de recul sur la sécurité et l'efficacité des vaccins les plus récents.

Une distinction a pu être faite par certains interviewés de notre étude, entre les médecins généralistes dits « conventionnels » et les médecins à exercice particulier (MEP) (homéopathes, acupuncteurs), avec une tendance plus hésitante de ces derniers. Une étude qualitative réalisée auprès de treize

médecins généralistes de Gironde (74), montre que les médecins généralistes n'échappent pas à ce mouvement d'hésitation, tout en restant globalement engagés dans le programme vaccinal. Dans leur échantillon, les MEP (au nombre de sept) élaborent véritablement une réflexion vaccinale. Ils expriment plus volontiers un refus ou une forte hésitation vaccinale en l'argumentant plus facilement que les médecins généralistes dits « conventionnels ».

l) Les autres facteurs :

Dans notre étude, nous avons pu identifier d'autres facteurs, rapportés de façon plus anecdotique, cependant, ils ne semblent pas être fondamentaux dans l'hésitation vaccinale. Certains de ces facteurs ont aussi été rapportés par l'étude de l'OMS (22).

Le prix des vaccins est rapporté dans la littérature comme un frein potentiel à la vaccination (36). Le défaut de remboursement a en effet été rapporté par une interviewée comme un facteur d'hésitation, or cet argument est erroné puisque l'ensemble des vaccins recommandés à savoir notamment les onze vaccins obligatoires sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie.

Dans une étude d'avril 2014 réalisée auprès de médecins et de pédiatres de ville, qui portait sur la simplification du parcours vaccinal (75), avec notamment l'option de disposer de vaccins en cabinet. Cette option était accueillie favorablement, mais apparaissait comme secondaire par rapport aux actions d'information et de prévention à mener. Il était noté que la facilitation du parcours vaccinal constituait une évolution intéressante mais que le parcours vaccinal ne semblait pas être le problème majeur d'un défaut de couverture vaccinale.

Ce thème n'était pas retrouvé dans notre étude.

A noter que les croyances religieuses, qui n'ont pas été abordées dans notre étude, peuvent être un facteur d'hésitation vaccinale. Ce facteur concerne surtout les pays d'Asie : Mongolie (50%), Thaïlande (44%), Viet Nam (31%) d'après les données de la littérature (9).

2. Obligation vaccinale :

Dans notre échantillon, l'extension de l'obligation vaccinale a été plus ou moins bien comprise. Mais globalement le but d'améliorer la couverture vaccinale est bien compris.

Malgré tout, le rôle d'un intérêt financier plutôt que d'un intérêt de santé publique comme motivation de ce changement de politique vaccinale est souvent sous-entendu.

a) Position concernant l'obligation :

Chez nos participants, le point de vue concernant l'obligation vaccinale est assez clair : ils s'opposent de façon plus ou moins véhémente à l'obligation vaccinale. En effet, onze interviewés sur treize expriment ouvertement leur désaccord avec cette loi.

Dans l'enquête déclarative Nicolle 2006 (76), réalisée en 2006 en France par l'INPES, des médecins libéraux (généralistes et pédiatres) et le grand public ont été interrogés sur leurs connaissances, leur attitude et leur comportement face au risque infectieux. 56,5% de la population générale étaient en faveur de l'obligation vaccinale. Cependant, seuls 18,3 % des médecins généralistes pensaient que leur patientèle était en faveur de l'obligation vaccinale.

L'obligation vaccinale concernant onze vaccins a rencontré un souffle de mécontentement lors de sa mise en place, voire même une indignation chez certains. C'est le cas chez certains de nos interviewés où l'obligation est considérée comme une forme d'atteinte à la liberté individuelle.

A l'opposé, dans les enquêtes de santé publiques réalisées récemment (77,78), ce sentiment d'atteinte à la liberté individuelle n'est pas présent et il ressort en février 2019 une bonne adhésion aux mesures prises par la Ministre de la santé. Cependant dans ces études n'est pas précisée la part d'hésitant à la vaccination.

Ces études expliquent que 95% des parents d'enfants de 0 à 2 ans ont entendu parler des nouvelles vaccinations obligatoires, soit une hausse de 4% par rapport à juillet 2018.

Mais surtout, deux tiers des parents interrogés (67%) déclarent être aujourd'hui favorables à cette extension de l'obligation de 3 à 11 vaccinations. Parmi ces parents favorables, 10%, selon leur souvenir, ne l'étaient pas en décembre 2017.

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population générale car nous avons exclusivement sollicité des sujets hésitants à la vaccination. Cependant, ce sentiment d'atteinte à la liberté individuelle pourrait être étudié de façon plus approfondie par d'autres études portant sur l'hésitation vaccinale.

b) Impact de l'obligation vaccinale sur les sujets hésitants à vacciner
:

- Obligation vaccinale et liberté individuelle :

Dans notre échantillon, nombreux sont les interviewés qui, au sujet de l'obligation vaccinale, parlent ouvertement de leur sentiment d'atteinte à leur liberté individuelle, d'atteinte à leurs droits parentaux.

Le sentiment est d'être pris au piège pour certains, de perdre la liberté de choisir. Le caractère obligatoire est jugé comme liberticide ou anti-démocratique.

Comme décrit dans ce travail de thèse de Cellier (69), deux visions peuvent s'opposer entre intérêt individuel et intérêt collectif. La vaccination, dans son caractère « altruiste », se rapproche de la théorie de Rousseau développée dans le livre intitulé « *le contrat social* » (79). Se vacciner, c'est faire un geste citoyen, c'est œuvrer pour le bien de la collectivité. Cette première théorie s'oppose à la conception de l'intérêt général décrite par Smith dans l'ouvrage « *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations* », notamment quand il dit « la recherche des intérêts particuliers aboutit à l'intérêt général » (80). Cette théorie correspond bien à l'idée de certains réticents à la vaccination qui souhaiteraient agir comme bon leur semble et s'extraire du champ d'action de l'Etat, en pensant malgré tout œuvrer pour le bien de la communauté. On observe bien cette ambivalence chez certains sujets de notre étude.

- Obligation vaccinale et scolarisation :

Pour certains des sujets de notre étude, la stratégie adoptée pour contrer l'obligation vaccinale les pousse à se poser la question de ne pas scolariser leurs enfants pour éviter certaines vaccinations. Cela au prix de sacrifices professionnels qu'ils se disent prêt à accepter.

Cependant, la scolarisation étant également une obligation, plusieurs interviewés évoquent donc le sentiment d'être pris au piège entre ces deux obligations, et cela renforce leur sentiment d'atteinte de leur liberté individuelle.

De plus, il a été récemment accepté par le Sénat, le 21 mai 2019, le projet de loi « une école de confiance » qui instaure l'instruction obligatoire à partir 3 ans (81).

- Obligation vaccinale et premiers résultats épidémiologiques :

En opposition aux résultats obtenus par notre étude, à savoir un vécu très négatif de cette obligation vaccinale, les données de la littérature montrent déjà de bons résultats en termes de couvertures vaccinales après un an et demi d'obligation. Ces données soutiennent l'effet positif de l'obligation vaccinale, comme le souligne la dernière enquête de santé publique (78), à savoir :

- Augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons nés depuis le 1er janvier 2018 par rapport à ceux nés en 2017 :
 - o + 5,5 % pour l'utilisation d'au moins une dose du vaccin hexavalent (98,6%),
 - o + 1,4 % pour la couverture vaccinale de la 1ère dose du vaccin contre le pneumocoque (99,4%),
 - o + 36,4 % pour la couverture vaccinale de la 1ère dose du vaccin contre le méningocoque C (passant de 39,3 à 75,7%),
- Augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants nés avant l'entrée en application de la loi, entre 2017 et 2018 :
 - o + 2,2 % pour la 1ère dose du vaccin ROR (87,2%),
- Diminution importante de l'incidence des infections invasives dues au méningocoque C chez les nourrissons âgés de moins de un an, dans un contexte de forte augmentation de la couverture vaccinale pour la 1ère dose du vaccin à l'âge de 5 mois. En 2018, seulement quatre cas d'infections invasives à méningocoque C, ce qui est très en dessous du nombre de cas moyens par an rapportés par le CNR au cours de la période 2010-2016 (Figure 4).

L'extension de l'obligation renforce l'opposition à la vaccination, notamment pour les parents déjà hésitants de notre étude, mais d'un point de vue général, les premières données épidémiologiques démontrent, rapidement après sa mise en place, ses effets bénéfiques avec notamment une augmentation importante de la couverture vaccinale et une baisse de l'incidence annuelle des méningites à méningocoque C. Ces résultats encourageant pourraient être diffusés largement au grand public.

3. Information vaccinale :

L'information est un déterminant essentiel de l'hésitation vaccinale comme on s'en rend compte dans notre étude. Cela d'autant plus qu'aujourd'hui l'accès à des données provenant d'horizons multiples est facilité notamment par internet et les réseaux sociaux. Souvent les informations obtenues par ce

biais sont abondantes et à tonalité critique. Elles peuvent modifier la relation médecin-patient puisque le patient se sent détenteur d'un savoir. Du fait de leur contenu et des personnes les véhiculant, ces informations influencent le sujet sur sa position vaccinale.

Les sources d'informations sont multiples dans notre échantillon, allant de sources pouvant être considérées comme fiables, comme le carnet de santé et le personnel médical, jusqu'à des sources pouvant être plus incertaines telles qu'internet, les réseaux sociaux, l'entourage et la télévision.

Le recours aux revues scientifiques est cité uniquement par les interviewés étant soit professionnels de santé soit scientifique autre.

Certaines sources sont cependant critiquées, elles peuvent aussi être prises avec méfiance comme souligné précédemment.

La première source à être critiquée est la source médiatique, incluant la télévision et internet. Dans un travail de thèse sur les modes d'informations (82), les patients n'accordent pas encore une grande confiance aux informations délivrées sur la vaccination dans les nouveaux modes d'informations comme Facebook®, Twitter® ou les forums de discussion en ligne.

Les informations transmises par le personnel médical sont parfois aussi victimes de critique. Malgré tout, d'une façon générale, le médecin généraliste ou le pédiatre semble être considéré comme une source digne de confiance.

L'étude de Granier (82) en population iséroise montre également que l'avis du médecin généraliste reste important. Il est celui auquel les patients accordent le plus de confiance.

Dans les résultats du Baromètre santé 2016 (83), le médecin est également la source d'information principale des parents car 81% déclarent se tourner vers ce professionnel de santé lorsqu'ils recherchent de l'information sur la vaccination de leur enfant. Il est également perçu comme la plus fiable puisque 95% déclarent lui faire « tout à fait » ou « plutôt » confiance.

Certaines personnalités médicales médiatisées ont pu être citées comme source d'information digne de confiance. C'est le cas notamment de certains professeurs de médecine médiatisés dans le réseau des sujets hésitant à la vaccination. Nous ne rentrerons pas ici dans le débat de savoir si leurs propos sont véridiques ou non, mais ils nous orientent sur un problème de fond plus important évoqué par les interviewés qui est la difficulté de s'informer. En effet, la difficulté de faire le tri, de faire la part de ce qui est vrai ou non, dans l'information vaccinale est un point soulevé fréquemment par nos participants.

Dans l'étude d'Angelucci et Pierre (48), il y est fait un constat similaire notamment avec internet comme outil d'information, internet qui permet la vulgarisation des données notamment dans le domaine médical. Le risque pour le sujet cherchant sur internet est d'y trouver des données non valides, peu fiables, inadaptées à la situation du patient ou tout simplement trompeuses. Cela a été expliqué plus haut au sujet du système immunitaire du nourrisson.

Nous avons constaté dans notre étude, de façon similaire à ce qui a été mis en évidence dans le travail d'Angelucci et Pierre (48), que le discours des médecins généralistes et des pédiatres est vécu comme étant moralisateur et/ou culpabilisant. Ceci entraîne parfois la recherche d'un autre avis médical plus en accord avec leur façon de penser.

Le manque d'information et/ou de connaissances est également un facteur d'hésitation cité par les interviewés. Cela est aussi mis en évidence dans de nombreuses études, où la non-vaccination est

fréquemment associée à un manque de connaissances et/ou d'information, notamment dans le rapport du comité SAGE de l'OMS (22).

E. Acceptation vaccinale et perspectives :

Notre étude souligne un certains nombres de facteurs favorisant l'hésitation. Les participants de notre étude ont soumis plusieurs points importants à leurs yeux qui faciliteraient leur adhésion à la vaccination.

1. L'information du public : améliorer le discours et la transparence :

Les bénéfices de la vaccination dans la diminution des maladies infectieuses ciblées par les vaccins, cela à travers le monde, doivent être régulièrement expliqués au grand public avec des données chiffrées. Les sujets de notre étude sont en demande de ce genre d'information.

Le bénéfice individuel, mais aussi collectif, des vaccins est également une notion fondamentale à rappeler. Afin d'atteindre ce but de protection collective, il est important de rappeler que le point à cibler est le taux de couverture vaccinale, objectif principal de la vaccination obligatoire.

Les sujets de notre étude expriment que l'acceptation vaccinale serait améliorée si les effets adverses des vaccins étaient expliqués. Ils sont bien connus grâce aux études préliminaires à l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), et pendant le suivi fait par l'ANSM (67).

La distinction entre les effets secondaires avérés et les maladies secondaires à la source des polémiques modernes, en particulier les maladies auto-immunes, est également à préciser. Il est intéressant de rappeler que pour établir une relation de cause à effet entre un médicament et la survenue d'un effet indésirable, la notion de temporalité ne suffit pas. Le fait qu'un vaccin ait été administré et qu'une maladie se soit déclenchée par la suite, dans un délai plus ou moins long, ne suffit pas à mettre en cause le dit vaccin. Comme cela est expliqué notamment sur le site du centre régional de pharmacovigilance du CHU de Lille (84), l'imputabilité médicamenteuse dans un effet indésirable repose sur des critères intrinsèques, à la fois chronologiques et sémiologiques, mais aussi extrinsèques, correspondant à la recherche de cas similaires dans la littérature.

Ces différentes preuves sont à exposer clairement et de façon simplifiée pour éclairer le public.

Quelques sujets interrogés de notre étude mettent nettement en balance la vaccination et les médecines alternatives. Ils réclament aussi des vaccins plus « naturels » si on reprend leur terminologie. Les sujets avec ce type de profil appellent donc des réponses scientifiques, fondées sur la médecine par les preuves. Il faut également insister sur le fait que toutes les prises en charge associées ont leur place mais ne doivent en aucun cas effacer la médecine allopathique.

Plusieurs interviewés ont pu rapporter un souhait d'amélioration du dialogue avec leur médecin généraliste ou leur pédiatre. Pour ces médecins en première ligne, l'amélioration du discours peut passer par l'entretien motivationnel (85). C'est une méthode de communication centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Ce modèle d'entretien adapté à la vaccination consiste à s'ajuster à la position des parents concernant la vaccination, afin d'optimiser le temps à disposition pour guider la décision.

Expliquer la vaccination prend du temps. Le manque de temps des médecins a été souligné par plusieurs interviewés, et l'intérêt d'une consultation dédiée à la vaccination a été accepté favorablement par plusieurs d'entre eux.

En revanche, dans l'échantillon de médecins généralistes interrogés dans l'étude DREES (71), moins d'un tiers considèrent utile une consultation dédiée à la vaccination.

Il serait intéressant de préciser par d'autres recherches le bénéfice qu'il y aurait à mettre en place une consultation dédiée à la vaccination.

Un autre moyen d'améliorer l'information, comme citée par une interviewée, pour favoriser l'acceptation vaccinale serait d'entendre parler de vaccination dès les premières années à l'école par exemple. En effet, il est admis qu'en informant les enfants sur un sujet, cela peut avoir un impact sur les parents. On peut citer l'exemple de la campagne de publicité télévisée « Bouger, grandir » du Plan National Nutrition Santé qui cible les enfants avec pour objectif d'obtenir un changement de comportement alimentaire. Une étude (86) a montré que cela pouvait avoir aussi un impact sur les parents. Les enfants émettent des recommandations destinées à inciter leurs parents à modifier leurs comportements.

2. La lutte contre la désinformation :

Les effets délétères d'Internet qui diffuse des discours et rumeurs dénonçant les dangers des vaccins ont été mis en évidence dans de nombreuses études (87, 88). D'ailleurs certains interviewés de notre étude sont bien conscients que les informations obtenues sur internet sont à trier. Or cela n'est pas toujours aisé pour un néophyte.

La foison des discours critiquant la vaccination sur le Web nécessite d'être contrebalancée par des informations accessibles, compréhensibles et validées scientifiquement sur la vaccination.

Ce type de site officiel existe déjà depuis plusieurs années dans d'autres pays, par exemple aux USA sur le site du CDC (Center for Disease Control and Prevention) avec la page « Vaccines and Immunization ».

Depuis peu en France, c'est l'objectif du site officiel Vaccination Info Service (89), ouvert en mars 2017, destiné au grand public et qui s'est enrichi, en 2018, d'un espace destiné aux professionnels de santé. Accessible au public et aux professionnels ce site est tenu à jour régulièrement et a pour objectif de répondre à toutes les questions de vaccinologie.

Il existe dans beaucoup de pays, notamment en France, des opuscules très détaillés, pour répondre à ces questions. Ils sont mis à la disposition des médecins et du grand public pour formuler des réponses adéquates. Ces brochures sont réalisées par les agences de santé, par exemple en France par l'INPES, l'INSERM mais aussi au niveau mondial par l'OMS. Toutes ses brochures et leurs informations sont en général aisément accessibles sur leur site Internet.

Dans l'étude DREES de 2015 (71), parmi les médecins interrogés, près de huit sur dix plébiscitent des outils de communication et d'information visant in fine leurs patients : argumentaires sur les bénéfices et les risques des vaccins, livrets d'information à destination des patients, campagnes d'information grand public.

3. Un engagement plus fort des autorités et de l'Etat sur la vaccination :

Parmi les sujets interrogés dans notre étude, un engagement fort des autorités sanitaires et politiques semble nécessaire pour restaurer la confiance. Il est une preuve de soutien pour l'action des médecins qui pratiquent les vaccinations. L'extension de l'obligation vaccinale mise en place au premier janvier 2018 est un premier pas dans ce sens.

Par des enquêtes auprès la population réalisées régulièrement, notamment auprès des sujets hésitants à la vaccination, les autorités de santé peuvent s'enquérir des arguments nouveaux afin d'apporter des réponses pertinentes et compréhensibles du public.

Cela permettrait notamment aux professionnels de santé de répondre d'une façon plus homogène aux attaques des médias et aux fausses informations lancées par les sites anti-vaccins.

Certains de nos interviewés ont évoqué qu'ils avaient le sentiment que notre politique vaccinale n'était pas en accord avec ce qui pouvait se faire dans d'autres pays. Pourtant les recommandations émises à travers le monde sont sensiblement les mêmes.

Au niveau international, avec pour objectif d'informer un large public, l'OMS a créé en 2005 la semaine mondiale de la vaccination qui a lieu de façon annuelle au printemps. Son slogan est «Prévenir, protéger, vacciner ». Elle compte 200 pays participants à travers le monde. En France, cette semaine est coordonnée au niveau national par le Ministère de la santé et l'ANSM, et est pilotée en région par les Agences Régionales de Santé. L'ARS s'appuie ensuite pour sa mise en place localement sur des professionnels de santé et de nombreuses structures : centres de vaccination, centres de protection maternelle et infantile, établissements de santé, organismes d'Assurance maladie, mutuelles, collectivités territoriales et locales. Grâce à ce maillage territorial, l'information doit circuler. Les objectifs pour l'année 2019 sont :

- Renforcer le niveau de confiance et d'adhésion de la population dans la vaccination
- Inciter les Français à se faire vacciner et à faire vacciner leur entourage.

Comme souligné par nos interviewés, la restauration de la confiance envers l'Etat passe également par l'amélioration de la transparence dans la prise de décisions en regard de la politique vaccinale. L'idée que les laboratoires sont derrière ces décisions doit progressivement sortir de l'esprit des hésitants à la vaccination.

Dans l'étude qualitative menée auprès de professionnels de santé en Europe (73), une confiance importante était exprimée auprès des autorités de santé, mais il était exprimé un sentiment de méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques. Les entretiens en menés en Grèce montrait une méfiance envers le gouvernement et le système de santé, qui avait pu être influencé par le contexte de crise politique et économique. Ces résultats montrent l'importance du contexte dans l'hésitation vaccinale. De nombreuses institutions peuvent être associées à la vaccination et la crédibilité de l'information délivrée au public sur la vaccination peut être influencée par la confiance dans ces organisations et par leur degré d'ouverture, de transparence.

Il faut donc rappeler sans cesse au grand public, que les décisions en matière de vaccination sont prises sur des critères scientifiques, en vue d'un bénéfice pour la santé publique, et non sur des critères financiers. L'idée que les lobbies pharmaceutiques régissent les décisions doit pouvoir s'effacer progressivement.

Une des stratégies recommandées dans une méta-analyse (90), est l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé, les autorités de santé et les politiques, dans l'établissement des recommandations vaccinales. Ceci avait également pu être évoqué par un de nos interviewés.

4. Améliorer l'enseignement de la vaccinologie et la formation médicale :

Comme soulignée par une interviewée, le remaniement de l'enseignement de la vaccination est nécessaire, car effectivement, les programmes actuels en France ne comportent que très peu ou pas d'heures d'enseignement spécifique au sujet de la vaccination.

La vaccinologie a été longtemps méconnue et un retard a été pris dans la formation des médecins comme des professionnels de santé amenés à vacciner ou à conseiller dans ce domaine. Ce retard les rend vulnérables et peu convaincants face aux parents et à Internet, faute d'arguments solides. Comme le confirme l'étude DREES de 2015 (71) qui montrait que les médecins français se plaignaient de lacunes concernant leur formation en vaccinologie.

Ce constat avait pu être fait lors de la concertation citoyenne en 2016 (16), montrant la nécessité de renforcer la formation des étudiants et des professionnels de santé.

Dans un travail de thèse réalisé par Pichodo et Morin (91), qui consistait en un questionnaire sur les connaissances vaccinales des internes de médecine générale de l'université de Nantes, il est mis en évidence une méconnaissance relative des internes en vaccinologie puisque seulement 52% d'entre eux avaient répondu correctement au questionnaire.

Pour pallier à ce manque de formation, certains pays d'Europe montrent l'exemple. C'est le cas de la Suisse dont l'Université de Genève, qui a créé une chaire de vaccinologie depuis 1999, qui est exemplaire à cet égard.

La connaissance de la vaccination balaye un champ large depuis les bases immunologiques, en passant par le mode de conception du vaccin mais aussi et surtout par la connaissance des maladies contre lesquelles ils protègent, incluant aussi leur épidémiologie. Les maladies infectieuses prévenues par les vaccins doivent être enseignées, même si elles sont devenues rares (diphthérie, poliomyélite, etc...). D'un point de vue éthique, le médecin doit en effet connaître les maladies contre lesquelles il vaccine. Mieux formé, le médecin peut ainsi mieux répondre aux questions des patients sur la maladie et la rationalité de la vaccination, faute de quoi il perdra leur confiance.

La formation médicale continue doit aussi proposer plus fréquemment le thème de la vaccination. Il est important que cet enseignement post universitaire soit assuré par l'Université plutôt que par l'industrie des vaccins, cela pour assurer la transparence d'un enseignement scientifique dégage de tout lien (92).

C'est le cas des enseignements déjà proposés par certaines facultés sur l'analyse critique et la réflexion sur les liens avec l'industrie.

Comme précisés par nos interviewés et de nombreuses études, le médecin est considéré comme la première source d'information de confiance en matière de vaccination.

On note également que dans beaucoup de pays, dont la France, les médecins généralistes et, à un moindre degré les pédiatres, ne sont pas à l'aise avec la prévention vaccinale, car la place de la vaccination a été insuffisante dans leur enseignement.

L'étude de Paterson et al. (90) confirme leur rôle essentiel, à la base de la réussite des stratégies vaccinales. Le médecin demeurant la première source de confiance, par ses connaissances, il doit avoir les moyens de convaincre les patients hésitants, d'influencer les décisions vaccinales de ses patients.

Expliquer la vaccination et ses bénéfices prend beaucoup de temps. Le caractère chronophage était cité dans le travail d'Angelucci et Pierre (48) par les généralistes interviewés. Ce manque de temps dédié à l'information vaccinale apparaît comme un frein à l'adhésion vaccinale dans une autre revue systématique de la littérature (93), comme dans le discours de nos interviewés. L'idée d'une consultation dédiée à la tarification spécifique pourrait constituer une réponse au manque de temps dédié à ce sujet en médecine générale ou en pédiatrie.

VI. Conclusion :

Le refus vaccinal n'est pas un phénomène nouveau, il a accompagné la vaccination depuis ses débuts, comme l'exprime Voltaire dans ses écrits du 18^{ème} siècle. Cette catégorie de patient ne sera probablement jamais accessible au discours médical, le plus convainquant soit-il.

Cependant, une autre catégorie de sujet se détache des opposants à la vaccination, il s'agit du groupe des hésitants à la vaccination. Le terme d'hésitation vaccinale, dans sa définition actuelle, est assez récent. Il a été défini par l'OMS en 2015 et il répond au besoin de lutter contre un phénomène ayant pris de l'ampleur ces dernières années.

Du fait d'épidémie de certaines maladies infectieuses à couverture vaccinale, comme la rougeole, ou de la réapparition de maladies disparues dans certains pays, comme les cas importés de diphtérie en France, il est nécessaire d'étudier ce phénomène, pour le connaître avec pour objectif de l'endiguer. C'est un phénomène complexe qui implique de nombreux déterminants spécifiques aux vaccins et à la vaccination, avec des influences contextuelles, individuelles et de groupes.

L'hésitation vaccinale est plus que jamais d'actualité. Elle est présente de façon quasi-quotidienne la pratique des médecins généralistes et des pédiatres impliqués dans la médecine de prévention que représente la vaccination.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize patients du Sud-Ouest de la France, afin d'explorer les déterminants de l'hésitation vaccinale. Les interviewés étaient des parents d'enfants de moins de seize ans avec une attitude réticente envers la vaccination.

Au travers de ces entretiens, les patients interrogés reprochent aux vaccins une balance bénéfique/risque défavorable. Ils remettent en question l'intérêt de certaines vaccinations et dénoncent selon eux des effets secondaires trop importants. Un profond sentiment de méfiance est exprimé par les interviewés, notamment vis-à-vis des lobbies pharmaceutiques, et dans une moindre mesure vis-vis des autorités sanitaires et des médecins. Le manque de connaissances apparaît comme un frein à la vaccination. Les interviewés reprochent également leur difficulté à s'informer. Ils dénoncent parfois un discours moralisateur voire culpabilisateur de certains professionnels de santé. L'extension de l'obligation vaccinale, vécue comme une atteinte à la liberté individuelle pour beaucoup d'entre eux, participe à renforcer le sentiment de méfiance.

Pour améliorer l'adhésion vaccinale, une meilleure information est attendue, notamment sur la sécurité vaccinale. La restauration de la confiance envers les autorités sanitaires, les pouvoirs publics et l'industrie pharmaceutique est indispensable. Elle passe par plus de transparence et la lutte contre la désinformation, en mettant en avant les faits scientifiques avérés et en rappelant les bénéfices certains de la vaccination en terme de santé publique.

L'interlocuteur privilégié au sujet de la vaccination reste le médecin généraliste et/ou le pédiatre, faisant figure de personne de confiance. Cependant, l'enseignement et la formation médicale continue concernant la vaccinologie nécessitent d'être améliorés si l'on souhaite que la médecine préventive de demain soit en accord avec les objectifs de santé publique.

VII. Bibliographie :

1. Immunologie 2007 – D. Male et al – Elsevier : p.359
2. Vaccins d’hier à aujourd’hui | Vaccination Info Service [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>
3. Odile Launay. La vaccination en France en 2016 est-elle victime de son succès? *Adolescence & Médecine*. nov 2016;(12) : 6-10.
4. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/26-27/2015_26-27_4.html
5. Lévy-Bruhl D. Floret D. La vaccination des enfants en France : enjeux et défis actuels. *La Revue du Praticien*. 2016;66:6.
6. Santé publique France. Données de couverture vaccinale. Saint-Maurice: Santé publique France 2016.
7. Antona D, Baudon C, Freymuth F, Lamy M, Maine C, Chatelet IP du, et al. La rougeole en France. *Med Sci (Paris)*. 1 nov 2012;28(11):1003-7.
8. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*. 23 juin 2015;2(8):891-7.
9. 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*. 1 oct 2016;12:295-301.
10. Inpes. Guide Vaccinations 2012 Principes et bases immunologiques de la vaccination [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Principes_et_bases_immunologiques_de_la_vaccination.pdf
11. Chemlal K, Jestin C, Lévy-Bruhl D. Planète vaccination, inpes. Mise à jour : juin 2017
12. Paul S, Autran B, Jeannin P, Lelièvre J-D. Mécanisme d’action des vaccins, rôle des adjuvants. :11.
13. Composition des vaccins | Vaccination Info Service [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <http://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-generales/Composition-des-vaccins>
14. Babin J. Les adjuvants vaccinaux : Étude de la balance bénéfice / risque [Thèse pour le diplôme d’état de Docteur en Pharmacie]. Université de POITIERS Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2016.
15. INPES - Calendrier des vaccinations [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp>
16. Les enquêtes d’opinions – Concertation citoyenne sur la vaccination [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://concertation-vaccination.fr/les-enquetes-dopinion/>
17. Pourquoi avoir rendu obligatoires en 2018 huit vaccins supplémentaires ? | Vaccination Info Service [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <http://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-generales/Politique-vaccinale-en-France/Pourquoi-avoir-rendu-obligatoires-en-2018-huit-vaccins-supplementaires>

18. Non-respect des obligations vaccinales [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-juridiques/Infractions-et-sanctions/Non-respect-des-obligations-vaccinales>
19. Couverture vaccinale : Questions-Réponses / Couverture vaccinale / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Couverture-vaccinale-Questions-Reponses>
20. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte>
21. Santé publique France - Augmentation du nombre de cas de rougeole en France : la vaccination est la seule protection [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Augmentation-du-nombre-de-cas-de-rougeole-en-France-la-vaccination-est-la-seule-protection>
22. Organisation Mondiale de la Santé. Report of the SAGE working Group on vaccine hesitancy; 2014 [Internet]. [cité 13 avr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.
23. Kumar D, Chandra R, Mathur M, Samdariya S, Kapoor N. Vaccine hesitancy: understanding better to address better. *Isr J Health Policy Res* 1 févr 2016
24. Peretti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale : une revue critique. *J Anti-Infect.* oct 2015;17(3):120-4.
25. Moulin, A.M. Premiers vaccins, premières réticences. *Pour la Science.* 1999;264:12-15.
26. Gaydos JC, Top FH, Hodder RA, Russell PK. Swine influenza outbreak, Fort Dix, New Jersey, 1976. *Emerging Infectious Diseases.* 2006;12(1):23-28.
27. Bertrand A, Torony D. Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale. :108.
28. Gherardi RK, Coquet M, Chérin P, et al. « Macrophagic myofasciitis: an emerging entity », Groupe d'Études et Recherche sur les Maladies Musculaires Acquisées et Dysimmunitaires (GERMMAD) de l'Association Française contre les Myopathies (AFM) ; *Lancet*, 1998 ; vol.352, n°9125, p.347-352.
29. Histoire d'une polémique : vaccin ROR et autisme | Vaccination Info Service [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <http://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Controverses/Autisme>
30. Sugarman JD. « Cases in Vaccine Court - Legal Battles over Vaccines and Autism », *N Engl J Med*, 2007 ; vol.357, p.1275-1277.
31. Koeck JL. Gardasil : après 7 ans de suivi, le rapport bénéfice/risque est en faveur de la vaccination - MesVaccins.net [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/5344-gardasil-apres-7-ans-de-suivi-le-rapport-benefice-risque-est-en-faveur-de-la-vaccination>
32. Nicand E. Vaccin contre les papillomavirus humains Gardasil et effets indésirables : faits et preuves - MesVaccins.net [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/4913>

33. Pour le retour du Vaccin DTP Sans Aluminium - Pr Henri Joyeux [Internet]. [cité 30 avr 2018]. Disponible sur: <https://professeur-joyeux.com/dtp/>
34. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 14 août 2015;33(34):4161-4.
35. WHO EURO Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey October 13–14. 2011.
36. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. Janvier 2016. *J Pédiatrie Puériculture*. avr 2016;29(2):72-126.
37. World Health Organization. Summary of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf
38. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2015.
39. Monteiro C, Cannon G, Levy RB et al. The star shines bright. *World Nutrition* 2016;7:28-38.
40. O'Reilly M, Parker N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qual Res*. 2012;13(2):190-7.
41. Code de la santé publique - Article D3111-7. Code de la santé publique.
42. Gautier A, Chemlal K, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(Hors-série Vaccination): 21-7
43. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Rev Méd Suisse*. 2004;(2497):24011.
44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142–5.
45. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». *exercer* 2009 ;87 : 74-9.
46. PCS 2003-5-Employés | Insee [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/5?champRecherche=true>
47. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative .Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *exercer* 2009 ; 88 : 106-12.
48. Angelucci C et Pierre M. L'hésitation vaccinale : comportements et attentes. Étude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients du Sud-Est de la France [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard de Lyon ; 2017.
49. Brown KF, Kroll JS, Hudson MJ, Ramsay M, Green J, Long SJ, et al. Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: A systematic review. *Vaccine*. 11 juin 2010;28(26):4235-48.
50. OMS | Vaccination et sécurité des vaccins [Internet]. WHO. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/84/fr/>
51. WHO | Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide [Internet]. WHO. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>
52. Que dit la science à propos des 11 vaccins obligatoires en France à partir de 2018 ? [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur:

<https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/dit-science-propos-11-vaccins-obligatoires-en-france-partir-2018>

53. Notes de synthèse de l’OMS :

- Diphtérie : Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH), 4 août 2017 ; 92 (31) : 417-435 ; http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/wer_31_diphtheria_updated_position_paper.pdf?ua=1

- Tétanos : REH, 10 février 2017 ; 92 (6) : 53-76 ; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254582/1/WER9206.pdf?ua=1>

- Coqueluche : REH, 28 août 2015 ; 90 (35) : 433-460 ; <http://www.who.int/wer/2015/wer9035.pdf?ua=1>

- Poliomyélite : REH, 25 mars 2016 ; 91 (12) : 145-168 ; <http://www.who.int/wer/2016/wer9112.pdf?ua=1>

- Haemophilus influenzae b : REH, 27 septembre 2013 ; 88 (39) : 413-426 ; <http://www.who.int/wer/2013/wer8839.pdf?ua=1>

- Hépatite B : REH, 7 juillet 2017 ; 92 (27) : 369-392 ; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255841/1/WER9227.pdf?ua=1>

- Rougeole : REH, 28 avril 2017 ; 92 (17) : 205-228 ; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf?ua=1>

- Oreillons : REH, 16 février 2007 ; 82 (7) : 51-60 ; <http://www.who.int/wer/2007/wer8207.pdf?ua=1>

- Rubéole : REH, 15 juillet 2011 ; 86 (29) : 301-316 ; <http://www.who.int/wer/2011/wer8629.pdf?ua=1>

- Méningocoque : REH, 18 novembre 2011 ; 86 (47) : 521-539 ; <http://www.who.int/wer/2011/wer8647.pdf?ua=1>

- Pneumocoque : REH, 6 avril 2012 ; 87 (14) : 129-144 ; <http://www.who.int/wer/2012/wer8714.pdf?ua=1>

54. HCSP. Vaccination antiméningococcique C [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 déc [cité 1 juill 2019]. Disponible sur:

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=593>

55. HCSP. Vaccination contre les infections invasives à méningocoque B. Place du vaccin Bexsero® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 oct [cité 1 juill 2019]. Disponible sur:

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=386>

56. Bulletin de santé publique, Nouvelle Aquitaine. Avril 2018. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2018/bulletin-de-sante-publique-nouvelle-aquitaine.-avril-2018>

57. Bijlsma MW, Bekker V, Brouwer MC, Spanjaard L, van de Beek D, van der Ende A. Epidemiology of invasive meningococcal disease in the Netherlands, 1960-2012: an analysis of national surveillance data. *Lancet Infect Dis*. 2014 Sep;14(9):805-12. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70806-0. Epub 2014 Aug 4.

58. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015–2017. *Vaccine* [Internet]. mars 2018 [cité 1 mai 2018]; Disponible sur:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X18304195>

59. Soubeyrand B. Tolérance des vaccins : faits et spéculations. *Médecine et Maladies Infectieuses*. juin 2003;33(6):287-299.

60. Nicolay N, Levy-Bruhl D, Fonteneau L, Jauffret-Roustide M. Vaccination : perceptions et attitudes. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, Coll. Études santé ; 2008 : 89-101.
61. Bégué P, Girard M, Bazin H, Bach JF, les adjuvants vaccinaux : quelle actualité en 2012? Académie nationale de Médecine. 2012 juin. Report No.: 12-09.
62. Wakefield A.J., Murch S.H., Anthony A. et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children [retracted article]. *Lancet*, 1998; 351(9103): p. 637-641.
63. Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, mumps, rubella vaccination and autism. A nationwide cohort study. *Ann Intern Med*. 2019;170:513-20. doi:10.7326/M18-2101
64. Rapport « Les adjuvants aluminiques : le point en 2016 », mars 2016, Académie nationale de pharmacie.
65. Hazell L, Shakir SAW. Under-reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *Drug Saf* 2006;29:385–96.
66. Edwards IR. An agenda for UK clinical pharmacology: Pharmacovigilance. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:979–82.
67. Rapport sur la sécurité des vaccins obligatoires pour les enfants de moins de 2 ans - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/L-ANSM-publie-un-rapport-qui-confirme-la-securite-des-vaccins-obligatoires-pour-les-enfants-de-moins-de-2-ans-Point-dInformation>
68. Pr Joyeux : la chambre nationale disciplinaire annule en appel la radiation [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/pr-joyeux-la-chambre-nationale-disciplinaire-annule-en-appel-la-radiation>
69. Cellier C. Réticences autour de la vaccination: analyse des discours des forums de discussion internet [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard de Lyon ; 2016.
70. Meredith Bonfoglio D. L'hésitation vaccinale et ses déterminants : étude observationnelle descriptive de 1173 parents des Alpes-Maritimes. [Thèse d'exercice]. Université de Nice ; 2017.
71. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes, 910. *Etudes et Résultats (DRESS)* ; 2015 [Internet]. [Cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <http://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>
72. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique*. 2016;28(1):19.
73. Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Wúrz A, Takacs J, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine*. 22 2016;34(41):5013-20.
74. Grall G, Vallée J, Botelho-Nevers E, Charles R. L'hésitation vaccinale : du concept à la pratique. *Médecine*. 1 juin 2017;13(6):254-60.
75. Etude Prativac, Perceptions d'une simplification du parcours vaccinal par les médecins généralistes et les pédiatres en France métropolitaine, INSERM, UPMC, avril 2014.
76. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Enquête Nicolle 2006 connaissances, attitudes et comportements face au risque

- infectieux [Internet]. Saint-Denis: Éditions INPES; 2008 [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: http://www.bibl.ulaval.ca/doelec/lc/W/EnqueteNicolle2006_Gautier.pdf
77. Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 à 65 ans dont 321 parents d'enfants de 0 à 2 ans. Méthode des quotas. Juillet 2018.
 78. Enquête Santé publique France/BVA réalisée par internet auprès d'un échantillon national représentatif de 1002 parents d'enfants de 0 à 2 ans (500 enfants nés en 2017 et 502 enfants nés en 2018). Méthode des quotas. Février 2019.
 79. Rousseau JJ. Du contrat social. Paris : Flammarion. 2011.
 80. Smith A. Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations, Paris, Economica, 2000.
 81. Pour une École de la confiance : l'instruction obligatoire à 3 ans [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid140324/pour-une-ecole-confiance-instruction-obligatoire-ans.html>
 82. Granier B. La vaccination : modes d'informations et perception de la population en médecine générale iséroise. [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes ; 2016.
 83. Gautier A, Verger P, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Sources d'information, opinions et pratiques des parents en matière de vaccination en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(Hors-série Vaccination):28-35.
 84. Méthode française d'imputabilité médicamenteuse, dite méthode Bégaud [Internet]. Centre Régional de Pharmacovigilance du Nord-Pas-de-Calais. 2014 [cité 1 août 2019]. Disponible sur: <http://pharmacovigilance-npdc.fr/enseignement-formation-pharmacologie/imputabilite-medicamenteuse-begaud/>
 85. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. BMC Pediatr. 21 sept 2012;12:154.
 86. Ayadi K, Ezan P. « Pour bien grandir, mange au moins 5 fruits et légumes par jour ! »... impact des bandeaux sanitaires sur les pratiques alimentaires des enfants. Management Avenir. 2011;n° 48(8):57-75.
 87. Ward JK, Peretti-Watel P, Larson HJ, Raude J, Verger P. Vaccine-criticism on the internet: New insights based on French-speaking websites. Vaccine. 2015;33(8):1063-70.
 88. Aquino F, Donzelli G, De Franco E, Privitera G, Lopalco PL, Carducci A. The web and public confidence in MMR vaccination in Italy. Vaccine. 2017;35:4494-8.
 89. Vaccination Info Service. [Internet] <http://vaccination-infoservice.fr>
 90. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. Vaccine. 20 2016;34(52):6700-6.
 91. Pichodo M et Morin D. Evaluation des connaissances acquises en deuxième cycle par les internes de médecine générale à Nantes. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes ; 2017.
 92. Begué P. Le refus des vaccinations. Aspects actuels et solutions en santé publique. Bull. Acad. Natle. Med, n°3, séance du 6 mars 2012, p 603-618.
 93. Curtis Valentine. Freins et déterminants à la vaccination par les médecins généralistes : Revue systématique de la littérature. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2015.

VIII. Annexes :

Tableau 1 :

Dates de développement des différents vaccins	
Année	Vaccin développé
xviii^e siècle	
1798	Variole
xix^e siècle	
1885	Rage
1896	Typhoïde, choléra
xx^e siècle	
1923	Anatoxine diphtérique
1926	Anatoxine tétanique
1927	BCG
1936	Fièvre jaune
1945	Grippe
1955	Poliomyélite
1963	Rougeole
1967	Oreillons
1969	Rubéole
1980	<i>Haemophilus influenzae b</i> conjugué
1981	Hépatite B
1992	Encéphalite japonaise
1995	Varicelle, hépatite A
1998	Rotavirus
xxi^e siècle	
2005	Zona
2006-2007	Papillomavirus

Tableau 2 : Types de vaccins.

Type de vaccin	Exemples	Type de protection
Vaccins vivants atténués	BCG, choléra Fièvre jaune, Grippe (<i>voie nasale</i>), Oreillons, Poliomyélite orale (<i>Sabin</i>), Rotavirus, Rougeole, Rubéole, Varicelle	Réponse anticorps Réponse à médiation cellulaire
Vaccins inactivés	Coqueluche Grippe (<i>injectable</i>), Hépatite A, Poliomyélite (<i>Salk</i>), Rage	Réponse anticorps Réponse T CD4+
Vaccins sous-unités (antigène)	Anatoxine tétanique, anatoxine diphtérique	Réponse anticorps
Vaccins synthétiques	Hépatite (protéine recombinante), Pneumocoque (Pneumo 23)	Réponse anticorps
Vaccins conjugués	Haemophilus influenzae, Pneumocoque (Prevnar ^o)	Réponse anticorps dépendante des LT auxiliaires

Tableau 3 : Adjuvants présents dans les spécialités vaccinales en France (2015)

	Protection contre	Nom commercial	Adjuvant et quantité d'aluminium par dose
Vaccins bactériens et viraux associés	DTPCa, HiB (conjugué), Hépatite B	INFANRIX HEXA®	Phosphate d'Al : 0,32 mg Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
	DTPCa, HiB (conjugué)	INFANRIX QUINTA®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
		PENTAVAC®	Hydroxyde d'Al : 0,3 mg
	DTPCa	INFANRIX TETRA®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
		TETRAVAC®	Hydroxyde d'Al : 0,3 mg
	dTPca	BOOSTRIX TETRA®	Hydroxyde d'Al : 0,3 mg + Phosphate d'Al : 0,2 mg
REPEVAX®		Phosphate d'Al : 0,33 mg	
dTP	REVAXIS®	Hydroxyde d'Al : 0,35 mg	
Vaccins bactériens	Méningocoque C conjugué	MENINGITEC®	Phosphate d'Al : 0,125 mg
		MENJUGATEKIT®	Hydroxyde d'Al : 0,3 à 0,4 mg
		NEISVAC®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
	Méningocoque B	BEXSERO®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
	Pneumocoque conjugué	PREVENAR 13®	Phosphate d'Al : 0,125 mg
Tétanos	TETANIQUE Pasteur®	Hydroxyde d'Al : 0,6 mg	
Vaccins viraux	Hépatite B	ENGERIX B10®	Hydroxyde d'Al : 0,25 mg
		ENGERIX B20®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg
		HBVAXPRO®	Sulfate d'hydroxyphosphate d'Al : 5 µg / 10 µg / 40 µg
		GENHEVAC B®	Hydroxyde d'Al : ≤ 1,25 mg
	Hépatite A	AVAXIM 160U/80U®	Hydroxyde d'Al : 0,3 mg / 0,15 mg
		HAVRIX 1440 / 720®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg / 0,25 mg
		VAQTA®	Sulfate d'hydroxyphosphate d'Al : 0,45 mg
	Encéphalite à tiques	TICOVAC® Ad / Enf	Hydroxyde d'Al : 0,35 mg/0,17 mg
		ENCEPUR®	Hydroxyde d'Al : 0,3 à 0,4 mg
	Encéphalite japonaise	IXIARO®	Hydroxyde d'Al : 0,25 mg
	Papillomavirus humains	CERVARIX®	Hydroxyde d'Al : 0,5 mg + AS04 : 50 µg
		GARDASIL®	Sulfate d'hydroxyphosphate d'Al : 225 µg
	Hépatite A et B	TWINRIX® Adultes	Hydroxyde d'Al : 0,05 mg + Phosphate d'Al : 0,4 mg
		TWINRIX® Enfants	Hydroxyde d'Al : 0,025 mg + Phosphate d'Al : 0,2 mg
Typhoïde et Hépatite A	TYAVAX®	Hydroxyde d'Al : 0,3 mg	

D, d = Diphtérie (grande et petite valence) T = Tétanos P = Poliomyélite
Ca, ca = Coqueluche acellulaire (grande et petite valence) HiB = *Haemophilus influenzae* b

Tableau 4 : Taux de reproduction de base (Ro) et seuil d'immunité de groupe pour différentes maladies évitables par la vaccination :

Maladie	Ro	Seuil immunité de groupe
Diphthérie	5	80 %
Polio	6	83 %
Rubéole	6	83 %
Oreillons	8	87 %
Coqueluche	15	93 %
Rougeole	16	94 %

Seuil d'immunité de groupe = $1 - 1 / Ro$

Les mécanismes de la vaccination au niveau collectif

1. Aucun enfant vacciné

Une classe d'école



Un élève a la rougeole.



Le résultat : une épidémie de rougeole



2. Quelques enfants vaccinés

Si quelques enfants sont vaccinés.



Que va-t-il se passer ?



Les enfants vaccinés sont protégés.



3. Suffisamment d'enfants vaccinés

Si suffisamment d'enfants sont vaccinés.



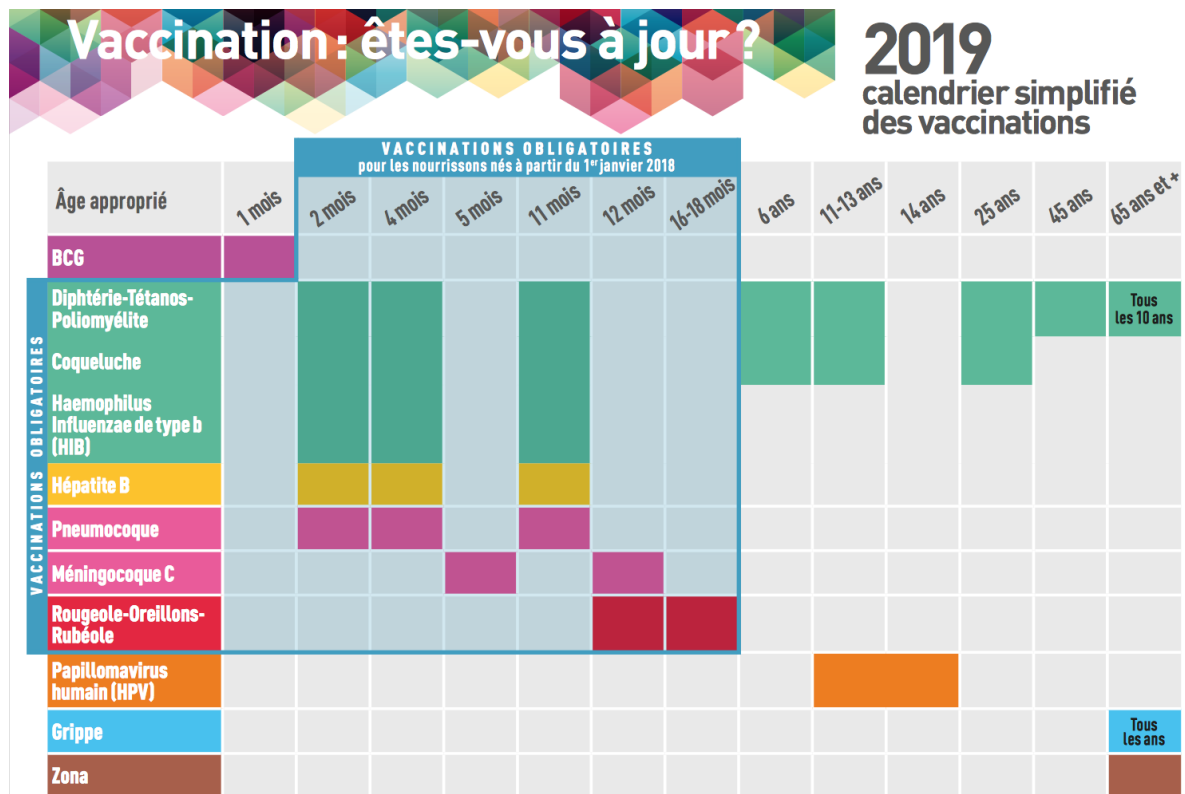
Que va-t-il se passer ?



Il n'y a pas d'épidémie.



Conclusion... En se vaccinant, on protège aussi les autres.



Annexe 3 : Modèle pour repérer les déterminants de la réticence à la vaccination :

INFLUENCES CONTEXTUELLES Influences découlant de facteurs historiques, socioculturels, environnementaux, liés au système de santé/institutionnel, économique ou politique :

a. Communication et médias :

Les médias et les médias sociaux peuvent créer un sentiment positif ou négatif à l'égard de la vaccination et servir de tribune aux lobbys et aux principaux guides d'opinion pour influencer les autres. Les médias sociaux permettent aux utilisateurs de s'exprimer librement et de parler de leur expérience, et ils peuvent faciliter l'organisation de réseaux sociaux pour ou contre les vaccins.

b. Leaders influents, protecteurs de l'intérêt public et lobbys anti et pro-vaccination :

Les dirigeants locaux et les personnalités influentes, y compris les chefs religieux dans certains endroits et les personnes célèbres dans d'autres, peuvent tous avoir une influence importante sur l'acceptation de la vaccination ou la réticence à son égard.

c. Influences historiques :

Les influences historiques comme l'épisode fâcheux de l'essai du Trovan au Nigéria peuvent éroder la confiance du public et avoir une influence sur l'acceptation du vaccin, comme ce fut le cas pour la poliomyélite, surtout quand s'y ajoutent les pressions de dirigeants et des médias influents. Les antécédents d'une communauté ne se limitent pas forcément à la vaccination mais peuvent avoir des répercussions sur elle.

d. Religion/culture /relations hommes-femmes/situation socio-économique :

Exemples où se mêlent influences religieuses et culturelles :

- Certains chefs religieux interdisent les vaccins,
- Certaines cultures n'acceptent pas que des hommes vaccinent les enfants,
- Certaines cultures valorisent les garçons au détriment des filles et les pères ne permettent pas que leurs enfants soient vaccinés.

e. Politiques/ mandats :

Les exigences en matière de vaccination peuvent susciter des réticences non pas pour des questions d'innocuité ou autres, mais par résistance à la notion de vaccination forcée.

f. Obstacles géographiques :

Une population qui a généralement confiance dans la vaccination et dans les services de santé et qui voit l'intérêt de se faire vacciner peut hésiter parce que le centre de santé est trop éloigné ou difficile d'accès.

g. Industrie pharmaceutique :

La méfiance envers l'industrie pharmaceutique peut susciter des réticences à la vaccination quand l'industrie est perçue comme uniquement motivée par des intérêts financiers et non par des considérations de santé publique. Cette défiance peut s'étendre aux instances gouvernementales quand celles-ci donnent l'impression d'être influencées par l'industrie et de manquer de transparence.

INFLUENCES INDIVIDUELLES ET DE GROUPE Influences de l'opinion que chacun se fait de la vaccination ou influence de l'environnement social/de l'entourage :

a. Antécédents vaccinaux :

Une bonne ou une mauvaise expérience concernant une vaccination en particulier peut disposer favorablement ou défavorablement à l'égard de la vaccination. Le fait de connaître quelqu'un qui a souffert d'une maladie à prévention vaccinale parce qu'il n'était pas vacciné peut inciter à se faire vacciner. Avoir soi-même souffert ou connaître quelqu'un qui a souffert d'une MAPI peut à l'inverse dissuader de se faire vacciner.

b. Croyances, attitudes face à la santé et à la prévention :

La réticence à la vaccination peut provenir de la croyance selon laquelle : 1) les maladies à prévention vaccinale sont nécessaires pour acquérir une immunité (et les vaccins détruisent une immunité naturelle importante) ; ou 2) d'autres pratiques (allaitement, médecine traditionnelle/parallèle ou naturopathie) sont aussi importantes voire plus importantes que la vaccination pour rester en bonne santé et se prémunir contre les maladies à prévention vaccinale.

c. Connaissances /information :

La décision de vacciner ou non dépend de certains des facteurs indiqués ici, y compris le niveau de connaissances et d'information. La disposition ou la réticence d'une personne ou d'un groupe à se faire vacciner peut dépendre de la justesse de leurs connaissances, de leur ignorance faute d'informations, ou d'idées fausses découlant de renseignements erronés. Le fait d'être bien informé ne suffit pas à garantir l'acceptation de la vaccination et les idées fausses peuvent faire hésiter, mais accepter quand même la vaccination.

d. Confiance dans le système et le personnel de santé et expérience personnelle :

La confiance dans les instances gouvernementales et les autorités en général ou au contraire la méfiance envers elles peut avoir une influence sur la confiance qu'inspirent la vaccination et les programme de vaccination

assurés ou prescrits par les pouvoirs publics. Les antécédents pouvant susciter des réticences sont par exemple des procédures trop longues ou trop complexes ou des rapports personnels difficiles.

e. Rapport risques/avantages (perçus, heuristiques) :

Les risques perçus ou l'absence de risque perçue peut avoir une influence sur l'acceptation de la vaccination. Un excès de confiance s'observe quand le risque de maladie paraît faible et que la vaccination ne semble pas nécessaire. Par exemple., l'idée qu'un patient ou un agent de santé se fait du risque qu'il a ou que ses enfants ont de contracter la maladie naturelle, ou l'idée qu'un agent de santé se fait de la gravité ou de la létalité d'une maladie à prévention vaccinale.

f. La vaccination comme norme sociale par opposition à superflue /dangereuse :

L'acceptation de la vaccination ou la réticence à la vaccination sont influencées par la pression de l'entourage et les normes sociales.

ASPECTS SPÉCIFIQUES DES VACCINS/DE LA VACCINATION Aspects directement liés au vaccin ou à la vaccination :

a. Rapport risques/avantages (données scientifiques) :

Les données scientifiques sur les risques et les avantages de même que les problèmes de sécurité vaccinale qui se sont posés par le passé peuvent faire hésiter certaines personnes, même quand les questions de sécurité ont été tirées au clair ou résolues, par exemple le syndrome de Guillain-Barré suite à la vaccination contre la grippe porcine (1976) ou la narcolepsie suite à la vaccination contre la grippe A(H1N1) (2011). Des manifestations indésirables locales, moins graves peuvent aussi rendre réticent.

b. Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle formulation :

Certaines personnes hésitent à accepter un vaccin si elles ont l'impression qu'il n'a pas été utilisé/testé pendant assez longtemps ou que le nouveau vaccin n'est pas nécessaire, ou si elles ne voient pas l'effet direct d'un vaccin (comme le vaccin anti-PVH qui prévient le cancer du col de l'utérus). Les individus seront peut-être plus disposés à accepter un nouveau vaccin si le PVH leur paraît présenter un risque important (l'inverse consistant à sous-estimer le danger).

c. Mode d'administration :

Le mode d'administration peut susciter des réticences pour différentes raisons. Ainsi, l'administration par voie orale ou nasale est plus commode et peut être bien acceptée par ceux qui craignent les injections, doutent des compétences des agents de santé ou du matériel utilisé.

d. Conception du programme de vaccination/Mode de délivrance :

Le mode de délivrance peut susciter des réticences de nombreuses façons. Certains parents ne feront pas confiance à un vaccinateur qui fait du porte-à-porte ou se méfieront d'une campagne menée par les pouvoirs publics. Ils seront réticents aussi si le centre de santé est trop éloigné ou si les horaires ne sont pas pratiques.

e. Fiabilité de l'approvisionnement et/ou origine des vaccins :

Certaines personnes hésitent quand elles doutent que le système puisse fournir les vaccins ou quand elles se méfient de leur origine (par ex. si le vaccin est produit dans un pays/une culture qui ne leur inspire pas confiance). Les agents de santé peuvent aussi hésiter à administrer un vaccin (surtout un vaccin nouveau) s'ils ne sont pas sûrs de la viabilité de l'approvisionnement car la confiance que leur font leurs clients en sera affectée. Les soignants peuvent ne pas être sûrs de trouver le vaccin et/ou le personnel nécessaire au centre de santé s'ils s'y rendent.

f. Calendrier vaccinal :

Même des personnes qui comprennent qu'il est important de prévenir les maladies à prévention vaccinale peuvent être peu disposées à suivre le calendrier recommandé (vaccinations multiples ou âge de vaccination, par ex.). Les calendriers vaccinaux sont suffisamment souples pour permettre de petits ajustements en fonction des besoins et des préférences de chacun. On peut ainsi parer à certaines réticences, mais il est impossible de satisfaire les exigences de chacun au niveau de la population.

g. Coûts :

Il arrive qu'une personne ne doute pas de l'innocuité d'un vaccin ni du système qui le délivre, qu'elle voie l'intérêt de se faire vacciner mais ne puisse pas payer la vaccination ou les frais de transport pour se rendre ou amener son ou ses enfants au lieu de vaccination. À l'inverse, la vaccination peut perdre de sa valeur aux yeux de certains si elle est gratuite.

h. Rôle des professionnels de santé :

Les professionnels de santé sont des modèles d'identification importants pour leurs patients. S'ils sont réticents pour une raison ou une autre (s'ils doutent de l'innocuité ou de la nécessité du vaccin, par exemple), ils peuvent faire hésiter leurs clients à se faire vacciner.

Annexe 4 :

Les déterminants de l'hésitation vaccinale.

Note explicative adressée aux parents de jeunes enfants en âge d'être vaccinés inclus dans cette étude

Invitation : Nous vous proposons de participer à une étude sur les déterminants de l'hésitation vaccinale.

Quel est l'objectif de l'étude ? L'objectif de l'étude est d'explorer votre point de vue sur la vaccination. Lors de cette étude, d'autres parents seront interviewés. Le but est d'enrichir l'étude en diversifiant les avis sur le sujet.

Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ? Vous avez été choisi car vous êtes le parent (père, mère ou tuteur) d'un ou de plusieurs enfants de moins de 16 ans, avec un point de vue sur les vaccinations qui n'est pas nécessairement en accord avec les recommandations émises par les autorités de santé.

Suis-je obligé(e) de participer à cette étude ? Votre participation se fait sur la base du volontariat. Vous pouvez décider de refuser de participer ou d'interrompre l'étude à tout moment, y compris après l'interview réalisée. Cette étude n'entraînera pour vous aucune dépense personnelle.

Que devrais-je faire si je participe ? Votre participation consistera en une interview unique de 30 minutes maximum.

Ma participation restera-t-elle confidentielle ? Les données recueillies dans cette étude resteront strictement confidentielles sans mention de votre nom ou prénom, ni de celui de votre enfant.

Pour ce faire, les conversations seront enregistrées puis retranscrites et rendus anonymes. Les enregistrements ne seront entendus que par l'investigateur, c'est à dire le médecin qui s'occupe de l'étude, Tristan PETIT et seront détruits après retranscription. Par ailleurs, conformément aux dispositions de la loi « informatique et liberté », vous pourrez à tous moment exercer votre droit d'accès et de rectification de ces données auprès de l'investigateur ou du Dr VALADE, pédiatre à l'hôpital de Bayonne qui dirige ce travail.

Gestion des données : Les données recueillis à l'occasion de cette recherche feront l'objet d'une analyse par l'investigateur. Les résultats de l'étude seront utilisés dans un travail de thèse, mais votre identité ne sera jamais révélée. Si vous le désirez, vous serez tenus informés des résultats globaux de la recherche une fois que celle-ci sera achevée.

Tristan Petit et Dr Aurélie Valade

J'ai lu et compris les explications ci-dessus et je suis d'accord pour participer à cette étude.

Le

à

Signature

Annexe 5 : Guide d'entretien initial :

-Connaissances sur la vaccination :

Quelles sont vos connaissances générales sur la vaccination ?

Connaissez-vous les maladies ciblées par les vaccins obligatoires ?

-Hésitation vaccinale :

Quel est votre opinion sur la vaccination ?

Quelles sont les raisons de votre hésitation ?

Quels vaccins vous font hésiter ?

-Sources d'informations :

Comment vous informez vous sur la vaccination ?

En quelles sources avez-vous confiance ?

-Acceptation vaccinale :

Quelles raisons vous ferez accepter une vaccination sur laquelle vous hésitez ?

-Obligation vaccinale :

Que pensez-vous de la loi faisant passer le nombre de vaccins obligatoires à 11 ?

Comment allez-vous gérer cette obligation ?

Annexe 6 : Guide d'entretien final :

-Connaissances sur la vaccination :

Quel est le principe de la vaccination ?

Quel est son rôle ?

-rôle individuel, pour votre enfant ?

-rôle collectif ?

Connaissez-vous les maladies ciblées par les vaccins obligatoires ?

-Hésitation vaccinale :

Quel est votre position sur la vaccination ?

Quels vaccins vous font hésiter ?

Quelles sont les raisons de votre hésitation ?

-Sources d'informations :

Comment vous informez vous sur la vaccination ?

En quelles sources avez-vous confiance ?

-Acceptation vaccinale :

Quelles raisons vous feraient accepter une vaccination sur laquelle vous hésitez ?

-Obligation vaccinale :

Savez-vous ce qui a conduit l'état français à mettre en place l'obligation vaccinale ?

Qu'avez-vous compris de cette loi ?

Quelle est votre opinion sur l'obligation vaccinale ?

Comment allez-vous gérer cette obligation ?

-Attentes sur l'information vaccinale :

Comment souhaiteriez-vous être informé sur la vaccination ?

Quel contenu vous paraîtrait pertinent ?

En quelle personne ou institution auriez-vous confiance pour vous délivrer l'information ?

Annexe 7 : Fiche signalétique patient

Recueil du consentement :

A

Le

Je soussigné(e)

Ayant participé à la réalisation de l'étude « Les déterminants de l'hésitation vaccinale » menée par Tristan PETIT interne en Médecine générale, certifie avoir consenti librement à participer à cette étude et avoir été informé que mes propos ont été enregistrés durant l'entretien et seront retranscrits de manière anonyme avant d'être détruits.

Lu et approuvé

Recueil de données quantitatives:

(Compléter selon les pointillés et rayer la ou les mentions inutiles)

-Votre sexe : Féminin / Masculin

-Votre âge :

-Nombre d'enfants et leur âge :

.....
-Profession du couple :

-Lieu de vie : Ville / Campagne

-Antécédents médicaux familiaux :

.....
.....
-Type de scolarisation des enfants : Domicile / Ecole

-Habitudes alimentaires :

.....
.....
-Quel est le médecin qui vaccine habituellement l'enfant ?

Médecin généraliste / Pédiatre / Médecin de PMI



Figure 1 : James Gillray caricature ici une campagne de vaccination. On voit Jenner qui inocule le vaccin à une dame (assise au centre). Les personnes les entourant ont toutes été vaccinées et on voit des parties de leur corps qui se transforment en vaches. Source: site du British Museum « The Cow-Pock-or-the Wonderful Effects of the New Inoculation », réalisé en 1802

Image gallery: The Cow-Pock-or-the Wonderful Effects of the New Inoculation!- [Internet]. British Museum. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: http://www.britishmuseum.org/research/collection_online/collection_object_details/collection_image_gallery.aspx?assetId=146958001&objectId=1638225&partId=1

Evolution de la mortalité infantile en France de 1740 à 2009

Risque pour un nouveau-né de mourir
avant son premier anniversaire (pour mille)

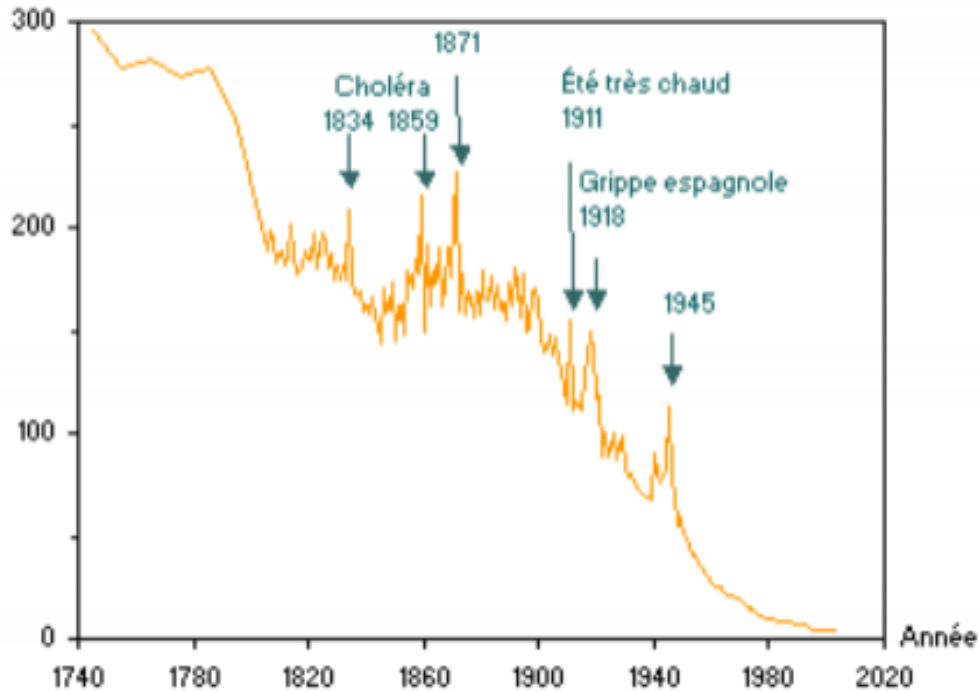
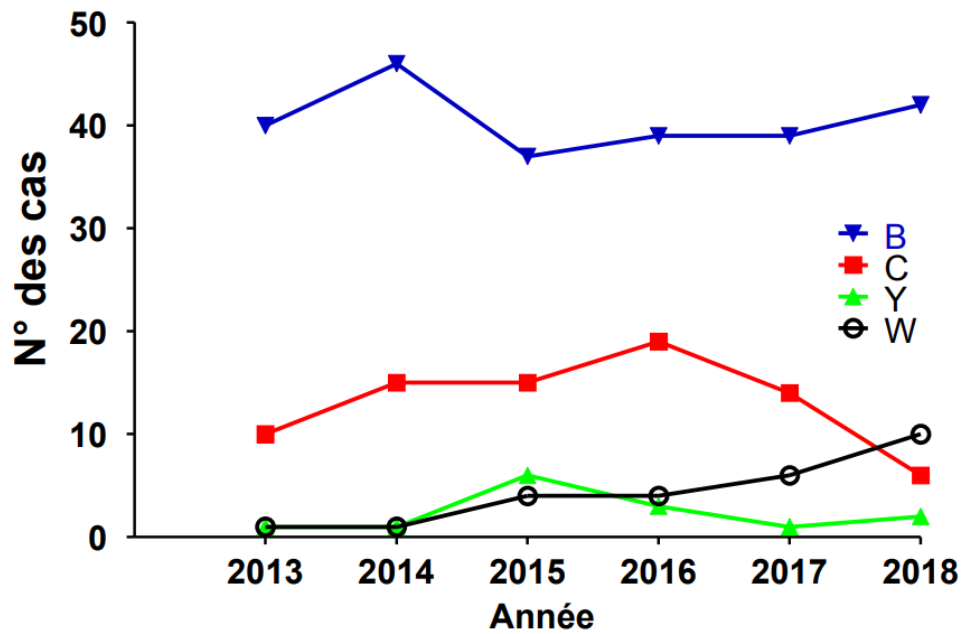


Figure 3 : La mortalité infantile en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-mortalite-infantile-en-france/>

Evolution des nombre des cas chez les nourrissons <1 ans



Données CNR

Institut Pasteur

Figure 4 : Taha M-K. Epidémiologie récente des infections à méningocoque en France et conséquences vaccinales. :31.

Serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT

Title: Determinants of vaccine hesitancy: Qualitative study with patients from southwest of France.

Objectives: The main objective was to identify the determinants of vaccine hesitancy among parents with children under sixteen.

The secondary objectives were, first of all, to highlight their positions on the vaccination obligation, its extension to eleven vaccines and the way they would manage it. Then, it was a question of identifying the determinants of the vaccine acceptance and the parents' expectations concerning the immunization information.

Method: It was a qualitative study by individual interviews, semi-directed, with a double coding and an analysis according to the grounded theory method.

Results: Thirteen interviews were conducted between October 2018 and March 2019.

The reasons for their hesitation were: an unfavorable benefit / risk balance, questioning the benefits of certain vaccinations and the side effects deemed too important; a deep sense of distrust of pharmaceutical lobbies and, to a lesser extent, health authorities and doctors; lack of knowledge; a difficulty to learn about vaccination; a speech sometimes moralizing of some health professionals.

The vaccination obligation and its extension to eleven compulsory vaccines were lived mainly as an attack on individual freedom.

Vaccine adherence seems favored by the trust given to the general practitioner and / or the pediatrician, more transparency, better information and more dialogue.

Conclusion: Vaccine acceptance involves restoring the confidence of the public and health professionals. Authorities must fight against misinformation and affirm their commitment to vaccination, as with the temporary extension of the obligation. Vaccinology education needs to be improved and training for doctors strengthened.

Keywords: Vaccine hesitancy. Vaccination. Brakes and determinants. Vaccine acceptance. Vaccine requirement. Qualitative study.

RESUME

Titre : Déterminants de l'hésitation vaccinale : thèse qualitative auprès de patients du Sud-Ouest.

Objectifs : L'objectif principal était d'identifier les déterminants de l'hésitation vaccinale auprès de parents ayant des enfants de moins de seize ans.

Les objectifs secondaires visaient, d'abord, à mettre en évidence leurs positions sur l'obligation vaccinale, son extension à onze vaccins et la façon dont ils pensent la gérer. Ensuite, il s'agissait d'identifier les déterminants de l'acceptation vaccinale et les attentes des parents concernant l'information vaccinale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels, semi-dirigés, avec un double codage et une analyse selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultats : Treize entretiens ont été menés entre les mois d'octobre 2018 et mars 2019.

Les causes de leur hésitation étaient : une balance bénéfique/risque défavorable, avec une remise en question l'intérêt de certaines vaccinations et des effets secondaires jugés trop importants ; un profond sentiment de méfiance vis-à-vis des lobbies pharmaceutiques, et dans une moindre mesure vis-vis des autorités sanitaires et des médecins ; le manque de connaissances ; une difficulté à s'informer ; un discours parfois moralisateur de certains professionnels de santé.

L'obligation vaccinale et son extension à onze vaccins obligatoires étaient vécues principalement comme une atteinte à la liberté individuelle.

L'adhésion vaccinale semble favorisée par la confiance accordée au médecin généraliste et/ou au pédiatre, plus de transparence, une meilleure information et plus de dialogue.

Conclusion : L'acceptation vaccinale passe par la restauration de la confiance du public et des professionnels de santé. Les autorités doivent lutter contre la désinformation et affirmer leur engagement sur la vaccination, comme avec l'extension provisoire de l'obligation. Il faut améliorer l'enseignement de la vaccinologie et renforcer la formation des médecins.

Discipline : médecine générale

Mots-clés : Hésitation vaccinale. Vaccination. Freins et déterminants. Acceptation vaccinale. Obligation vaccinale. Etude qualitative.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex