



HAL
open science

Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français

Agnès Oude Engberink, François Carbonnel, Béatrice Lognos, Elodie Million, Marion Vallart, Suzanne Gagnon, Gérard Bourrel

► To cite this version:

Agnès Oude Engberink, François Carbonnel, Béatrice Lognos, Elodie Million, Marion Vallart, et al.. Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français : étude qualitative sur la décision vaccinale.. Canadian Journal of Public Health, 2015, 106 (8), pp.e527-e532. 10.17269/CJPH.106.5078 . hal-03468952

HAL Id: hal-03468952

<https://hal.science/hal-03468952>

Submitted on 7 Dec 2021

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.

Type d'envoi : article original de recherche qualitative

Titre : Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix.

Etude qualitative phénoménologique auprès des parents français.

Titre abrégé : étude qualitative sur la décision vaccinale.

Running title : qualitative study about decision for vaccination.

Agnès Oude Engberink, Francois Carbonnel, Béatrice Lognos, Elodie Million, Marion Vallart, Suzanne Gagnon, Gérard Bourrel.

Agnès Oude Engberink, MD, MSc, chef de clinique universitaire de médecine générale, département de médecine générale, Université de Montpellier, France.

Laboratoire EA 4556 Epsilon, équipe dynamique de l'appropriation des maladies chroniques, Université de Montpellier.

Plateforme CEPS, Université de Montpellier.

Francois Carbonnel, MD, MSc chef de clinique universitaire de médecine générale, département de médecine générale, Université de Montpellier, France.

Laboratoire EA 4556 Epsilon, équipe dynamique de l'appropriation des maladies chroniques, Université de Montpellier.

Plateforme CEPS, Université de Montpellier.

Béatrice Lognos, MD, MSc, Maître de conférence associé de Médecine Générale, Département de médecine générale, Université de Montpellier, France,

Laboratoire EA 4556 Epsilon, équipe dynamique de l'appropriation des maladies chroniques, Université de Montpellier.

Elodie Million, MD, Maître de stage universitaire de Médecine Générale, Département de médecine générale, Université de Montpellier, France.

Marion Vallart, MD, médecin généraliste, Département de médecine générale, Université de Montpellier, France.

Suzanne Gagnon, MD, FCMF, MA, Institut national de santé publique du Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, université Laval, Québec.

Gérard Bourrel. MD, PhD, Professeur de Médecine Générale, Département de médecine générale, Université de Montpellier, France.

Laboratoire EA 4556 Epsilon, équipe dynamique de l'appropriation des maladies chroniques, Université de Montpellier.

Plateforme CEPS, Université de Montpellier.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Corresponding author :

Agnès Oude Engberink

2, rue IBN Sināi dit AVICENNE, 66330 CABESTANY

0033 426030690

fax 0033 426030699

agnesisambert@hotmail.com

agnesisambert@wanadoo.fr

Ce travail n'a pas bénéficié de support financier.

Nombre de mot dans le résumé : 247 mots

Nombre de mot dans le texte de l'article : 3691 mots

RÉSUMÉ :

OBJECTIFS: comprendre les représentations des parents à partir de leur expérience vécue et leur influence sur la décision vaccinale de leurs enfants.

METHODES : Etude qualitative phénoménologique par entretiens semi-directifs en profondeur auprès de 14 parents volontaires ayant des enfants en âge d'être vaccinés. Les participants ont été recrutés auprès de médecins de famille de la région de Montpellier (France).

La méthodologie est inspirée de la grounded theory. Les données recueillies par enregistrement audio ont été analysées par une méthode sémiopragmatique faisant émerger des catégories conceptuelles donnant du sens au phénomène étudié.

RESULTATS : Les parents méconnaissent les maladies contre lesquelles on vaccine et déclarent un besoin d'information. La perception de l'inégalité de l'individu devant la maladie et le vaccin influence largement la décision vaccinale des parents. Elle induit chez eux un « tri » raisonné des vaccins, et les conduit à faire une balance bénéfice/risque. Ils font confiance en leur médecin, dans les expériences personnelles plutôt que dans l'information médiatisée.

CONCLUSION : La méconnaissance des maladies mêmes contre lesquelles on vaccine par les parents suggère que soit améliorée information aux parents sur ce sujet. Leur perception de l'inégalité de l'individu (leur enfant) devant la maladie et le vaccin est le déterminant principal de la décision vaccinale. Les parents intègrent la vaccination dans une démarche

éducative réfléchi, dépendant du style de vie, des expériences personnelles et de la confiance en leur médecin. Ces résultats les rendent très « critiques » par rapport aux recommandations vaccinales de base.

Mots-clé : santé publique, médecine générale, décision vaccinale, étude qualitative, approche phénoménologique, analyse sémiopragmatique.

VERSION ANGLAISE :

INTRODUCTION :

Les déterminants de la couverture vaccinale tiennent de la collectivité, des professionnels, et des parents pour leurs enfants. La recrudescence de la rougeole¹ et le refus par la population française de participer en 2009 à la vaccination de masse contre la grippe A (H1N1) en sont des exemples. Le contexte de médiatisation forte des risques de la vaccination, où les médecins sont régulièrement confrontés aux arguments de patients « anti-vaccination » et aux controverses venant du milieu médical, est à l'origine de notre recherche.

Ils doivent comprendre pourquoi les parents acceptent, rejettent ou ignorent certains vaccins, ceci afin d'en améliorer l'acceptabilité. Ils peuvent aussi s'interroger sur leurs propres représentations.

En France, les principales données épidémiologiques viennent de « Nicolle 2006 »², enquête téléphonique par sondage aléatoire. Son intérêt était qu'elle portait sur deux échantillons : un en population générale (n = 4112), et l'autre auprès des médecins libéraux, MF et pédiatres (n=2027) commandée par le Ministère de la Santé pour connaître les interactions médecins-patients sur la vaccination. 90% de la population ont une bonne opinion de la vaccination avec une connaissance des modes de transmission et du risque vaccinal, mais 42,7% seulement pensait que la maîtrise du risque infectieux était possible. Pour maîtriser ce risque, la

vaccination arrivait derrière l'hygiène générale et le contrôle aux frontières. 56,5% des enquêtés sont pour l'obligation vaccinale et 35,4% ne le sont que pour certains vaccins seulement. En France, le Haut Comité de Santé Publique a évoqué le paradoxe entre les vaccins obligatoires et recommandés posant la question de l'obligation vaccinale³. Ce paradoxe est source d'incompréhension pour les médecins et la population. Au Québec, une étude auprès des vaccinateurs (infirmières et médecins) a été financée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux considérant que ce sont ces professionnels qui influencent les parents pour la vaccination des enfants. Elle concluait à un manque de conviction des vaccinateurs : seulement 59% des infirmières étaient favorables à la vaccination contre 87% des MF. Les professionnels de santé qui ne vaccinaient plus avaient été éliminés. L'étude pointait la nécessité de documenter les raisons de ces attitudes⁴. Dans le même sens, une étude américaine montrait que la connaissance, les attitudes et pratiques des professionnels en soins primaires influençaient la décision des parents ; mais les parents sélectionnaient les médecins qui pensaient comme eux⁵. Ces considérations montrent que la vaccination est un phénomène complexe et qu'il n'est pas étonnant que les recommandations vaccinales collectives se heurtent aux convictions individuelles.

Beaucoup de travaux en langue anglaise étudient les déterminants de la décision vaccinale concernant un seul vaccin (le papillomavirus, la grippe, le RRO). Une étude ethnographique anglaise, interrogeant des mères de Brighton⁶ a montré que leur décision personnelle de vacciner contre la rougeole dépendait de leur perception des forces et vulnérabilités de leurs enfants inscrits dans une histoire sanitaire familiale.

Nous avons sélectionné des études qualitatives portant sur la vaccination en général. Une étude néerlandaise⁷, par analyse thématique de données recueillies par entretiens de groupes, a montré que les parents étaient influencés par leur style de vie, leurs perceptions : de la santé, de l'efficacité et du risque vaccinal. L'étude de Bond et al.⁸ a montré qu'un des freins à la

décision vaccinale des mères était le manque d'information pour pouvoir faire une balance bénéfice-risque, ainsi qu'une communication pauvre entre les professionnels de santé et les parents.

Une étude américaine⁹ auprès de deux groupes de mères (favorables à la vaccination et défavorables) a montré que le point essentiel était la confiance qu'elles avaient en leur MF ou pédiatre. Enfin, Ziebland¹⁰, dans un article anglais, conclut que la connaissance de l'expérience des autres patients recueillie dans des récits de vie (*experiential evidence*), tient une part importante dans les décisions en santé en général et en particulier pour la vaccination des enfants. Cet article renforce notre objectif d'explorer l'expérience vécue des parents.

Les questions posées sont alors: les médecins connaissent-ils bien les déterminants des décisions vaccinales des parents? Comment aider les parents à comprendre les interactions entre humains et agents infectieux pour mieux décider ? Comment concilier des recommandations collectives avec des représentations individuelles? Peut-on élaborer des stratégies reposant sur des réponses à ces questions ?

Notre objectif est donc de mieux comprendre ce phénomène complexe de la décision vaccinale afin d'aider les professionnels de santé dans leurs stratégies préventives, et en conséquence de mieux accompagner les parents dans leurs choix. Dans une perspective de sciences sociales appliquées à la santé publique, une étude qualitative avec approche phénoménologique explorant l'expérience vécue des acteurs nous a paru la plus appropriée. Elle devrait nous permettre d'éclairer les perceptions de la vaccination de leurs enfants par les parents et d'évaluer les déterminants de leur décision vaccinale.

MÉTHODES :

Recrutement :

Le recrutement de parents volontaires a été fait à partir de MF de la région de Montpellier. Il a été recherché une variation maximale de l'échantillon¹¹ : caractéristiques

socioprofessionnelles, sexes, lieux, types de suivi médical (MF ou pédiatre), sans viser une représentativité de la population source. Leurs opinions sur la vaccination n'étaient pas connues par avance. Le critère d'inclusion était d'être parents d'enfants en âge d'être vaccinés. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement privilégiant la saturation des données.

Recueil des données

Cette étude qualitative a été conduite par des entretiens semi-directifs en profondeur utilisant un guide d'entretien avec questionnement phénoménologique (centrée sur l'expérience vécue) (**tableau1**). Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et intégralement retranscrits. Les caractéristiques des patients, ont été recueillies anonymement. L'accord d'un conseil d'éthique a été demandé (Conseil de Protection des Personnes) mais jugé non nécessaire à la réalisation de ce travail ne concernant pas une recherche biomédicale médicamenteuse ([article L. 1123-7 du code de la santé publique](#)). Chacun des participants avait signé un consentement éclairé et leur verbatim avait un numéro anonyme. Les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été relevées précisément afin d'en tenir compte dans l'analyse : le contexte spatio-temporel (horaire, lieu, cabinet médical ou domicile du parent), le positionnement des acteurs en lien avec leurs caractéristiques socioprofessionnelles, l'implication du chercheur.

Analyse des données

Une approche phénoménologique par théorisation ancrée¹² a été utilisée, complétée par une analyse sémiopragmatique inspirée de CS Peirce^{13,14,15}. Cette approche est justifiée par l'objectif d'explorer l'expérience vécue des parents et de comprendre les représentations qui guident leurs choix vaccinaux. La théorisation ancrée permet l'émergence d'éléments de théorisation ou de concepts par comparaison constante avec les données de terrain (les

verbatim) avec la prétention d'innover¹⁶. Toutefois le choix des indices et leur caractérisation dans le texte y sont laissés à l'interprétation du chercheur. Peirce, fondateur de la sémiopragmatique, a démontré que seulement 3 catégories « universelles » (les « modes d'être ») étaient suffisantes pour décrire un quelconque phénomène (celle de la Qualité [1], celle des Faits [2], celle de la Loi [3]). Ces catégories qui ont des rapports de présupposition logique entre elles (3 présuppose 2, qui présuppose 1), renvoient à des classes de signes correspondantes¹⁷. L'analyse sémiopragmatique permet donc deux opérations fondamentales: une caractérisation sémiotique des éléments textuels selon leur mode d'être et une mise en ordre logique de ces données pour restituer le sens.

Les catégories émergentes sont exposées sous forme d'énoncés phénoménologiques. La catégorie de plus haut niveau sémiotique¹⁸ pilote la signification du phénomène étudié.

Les étapes de la démarche analytique sont exposées dans **le tableau 2**, un exemple de la caractérisation sémiotique des données du verbatim (procédure d'analyse sémiopragmatique) est donné dans le **tableau 3**.

Critères de fiabilité

Ce travail propose une cohérence méthodologique interne entre l'objet de recherche (l'expérience vécue), et les méthodes de recueil et d'analyse privilégiant une logique d'émergence.

L'investigateur avait eu une formation préalable à la reformulation phénoménologique pour mener les entretiens en profondeur. Il a rendu compte de son implication après chaque entretien. La triangulation des chercheurs a été obtenue entre 2 experts en recherche qualitative et l'investigateur formé qui ont mis en commun leurs analyses. Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données sans nécessité de rajouter d'autres participants tenus en réserve.

L'analyse sémiopragmatique est la seule méthode en recherche qualitative qui propose un moment formel par une caractérisation sémiotique et une mise en ordre des données empiriques permettant de réduire les biais d'interprétation du chercheur sans nuire à l'émergence de résultats nouveaux¹⁹.

Les résultats n'ont pas pu être soumis aux participants pour améliorer la validité interne. Dans ce type de recherche la validité externe est remplacée par le principe de transférabilité des résultats : faire émerger des catégories conceptuelles signifiantes ayant des implications pratiques dans d'autres contextes (autre pays, autre action de prévention).

RESULTATS

Les Participants :

Les entretiens ont été conduits dans la région de Montpellier du 25 septembre 2013 au 17 mai 2014 au domicile du patient ou dans le cabinet médical, selon sa convenance. Leur durée était comprise entre 41 et 57 minutes.

14 participants, 9 femmes et 5 hommes, âgés de 28 à 48 ans (moyenne d'âge 37 ans), avec 2 enfants en moyenne, ont été inclus. Leurs caractéristiques socioprofessionnelles étaient variées : 3 travailleurs non qualifiés, 2 techniciens, 1 vendeuse, 1 agent administratif, 1 étudiant, 1 enseignante, 1 psychologue, 1 naturopathe, 1 électricien, 1 pêcheur, 1 chômeur. 7 étaient suivis par leur MF, 6 par le pédiatre et le MF, le naturopathe n'ayant pas de suivi médical. Tous les participants sauf le naturopathe (P5) avaient fait vacciner leurs enfants (P1, P2 P12 avait suivi les recommandations, les autres de manière variable (informations recueillies dans les carnets de santé par l'investigatrice). L'âge des enfants était de 6 mois à 23 ans. La question de la survenue d'une maladie infectieuse récente n'avait pas été posée mais elle a été évoquée spontanément par les participants au sujet de leur expérience propre ou de celle de leurs proches.

Les catégories émergentes de l'analyse :

Le tableau3 illustre la construction des catégories selon la méthode sémiopragmatique.

Des représentations paradoxales de la vaccination.

A la question « Que vous évoque la vaccination ? », la plupart donnaient des réponses de sens commun: protection individuelle et collective, prévention, éradication.

Cependant quand la question était centrée sur leur expérience vécue, les réponses devenaient « intrusion d'un agent extérieur contre nature», « un petit peu de la maladie » (P6, P5, P7, P10, P3, P12).

Leurs représentations de « l'objet-vaccin » et du geste étaient source d'angoisse. Si pour P1 c'est un geste « *banal* », tous les autres utilisent des termes connotant la violence :

« *agressif* », « *acte de torture* » (P13), « *bombe* » (P5). Ces termes prenaient du sens face aux représentations du corps de l'enfant « *vulnérable* », « *si petit* ». (P10, P4, P11)

La perception de l'inégalité de l'individu devant la maladie et les risques du vaccin : un facteur essentiel de la décision vaccinale.

Pour P1 et P7 cette inégalité rend imprévisible la contamination et le risque iatrogène :

« *pourquoi j'imposerai ça (vaccin HPV) à ma fille dans l'hypothétique risque que dans 50 ans elle développe une maladie* » (P7); P4 souligne l'incertitude de la réaction corporelle: « *chaque personne peut avoir quelque chose de latent ou développer une réaction qu'elle sera la seule à développer* »

Devant cette singularité de l'individu les parents font une balance bénéfice/risque, puis un « *tri* » raisonné (P1) parmi les nombreux vaccins.

« *Je préfère prendre le risque d'avoir une hépatite (...) que d'avoir une sclérose en plaques* » (P7, P9, P12).

Le « *tri* » est fait selon des critères individuels de l'enfant: l'âge, « *à l'adolescence pour l'hépatite B* » (P1) ; le genre : vacciner sa fille contre la rubéole (P4), son fils contre les

oreillons (P9); la gravité perçue de la maladie : « *la bénignité de cette maladie (rougeole) ne justifient pas la vaccination* » (P1, P13).

La vaccination perçue comme « choix éducatif » intégré à une démarche sanitaire éducative globale.

Le constat énoncé en principe de l'inégalité individuelle fait de la vaccination de son enfant « *un choix éducatif* » (P1) lié au « *rôle de mère de famille* »; au même titre que « *l'hygiène et l'alimentation* » (P6, P13). Alors que P5 pense que « *sans vacciner on aurait pu éradiquer la tuberculose avec une vie saine* », pour P7, « *ne pas vacciner fait partie des règles de vie saine* » considérant que « *laisser agir les virus est un apprentissage de la vie* ».

La perception des parents de leur responsabilité individuelle et collective influence la décision vaccinale

Ce choix engageait leur responsabilité individuellement : « *j'ai craint que les effets secondaires soient dus à ma décision* » dit P10, « *on se sent responsable de sa douleur* » P2; et collectivement: « *plus on vaccine moins il y a de cas dans la population* » (P4, P14); « *on m'a dit que les gens comme moi qui ne se faisaient pas vacciner, étaient responsables de la recrudescence de rougeole* » (P7).

Autocritique de leur connaissance des maladies et méfiance des sources d'information médiatisées.

Les parents avouent leur « méconnaissance » des maladies pour lesquelles on vaccine : « *la Diphtérie je sais même pas ce que c'est (...)* » (P2) « *je ne sais pas les conséquences des maladies* » (P4)

A propos du tétanos, P7 et P8 le trouvent : « *Inexistant* » et P3 souhaite que les médecins « *aient la démarche de plus informer sur les maladies* »

Méfiance dans les informants : devant les nombreuses controverses médicales : « *mon pédiatre était contre le vaccin H1N1, mon médecin était pour...* » (P9) ; méfiance de

l'industrie, de la politique, des médias (P 8, P5, P7, P2, P11)) : « *pour la grippe (...) c'est plutôt politique* » et « *le vaccin HPV c'est un produit marketing* ».

L'expérience vécue personnelle ou des proches, et leur MF, comme principales sources de confiance.

A partir de l'expérience de proches: “*des mères de famille ayant des préoccupations identiques* “ (P1), “*Beaucoup de gens autour de nous ne l'ont pas fait*” dit P3.

« *moi j'ai eu la rougeole ...bon, voilà !* » dit P4 à propos de son expérience propre.

A partir d'évènements biographiques, P3 : « *ma mère s'est faite vacciner pour l'hépatite B et peu après elle a déclenché une sclérose en plaques* » ; « *c'est lié à sa propre histoire* » dit P2.

Confiance dans le médecin de famille (P1, P2, P8, P12) : « *j'ai confiance en mon médecin, je mets pas sa parole en doute* »

DISCUSSION

Cette étude ayant pour objectif de mieux comprendre la décision vaccinale des parents à partir de leur expérience vécue, donne du sens aux données statistiques.

Notre analyse sémiopragmatique fait émerger une catégorie contextuelle : la méfiance, dans la société aujourd'hui, du politique lié au marketing industriel, des médias, du milieu médical animé de controverses, et finalement de la science. Malgré tous les efforts pour susciter la confiance, comme le programme d'innocuité vaccinale canadien en huit étapes²⁰ ou les campagne de sensibilisation, non évoquées par les participants (Semaine annuelle de la vaccination en Europe, ou sensibilisation OMS), cette confiance est sans cesse remise en question. Ce contexte de défiance fait que les sources de confiance sont recherchées vers l'information de proximité : les évènements biographiques personnels, les expériences vécues des proches, le médecin de famille. Comme dans de nombreuses études, la perception du risque de vacciner est un élément décisionnel important^{21,22}

Si les catégories émergentes sont voisines de celles des études qualitatives retenues, l'utilisation innovante de la théorie des classes de signes de Peirce permet de désigner la catégorie qui pilote le sens du phénomène étudié (la décision vaccinale des parents) en subordonnant les sous-catégories (ou propriétés)²³ « L'inégalité de l'individu devant la maladie et le vaccin » est cette catégorie-argument, évidence partagée par beaucoup de parents s'agissant de leur enfant, mais pas seulement l'inégalité du système immunitaire comme le pointe certaines études, mais de toutes les dimensions de l'individu. Cette catégorie principale donne de la cohérence aux autres sous-catégories : la vaccination est perçue comme un « choix éducatif » responsable, intégré à une démarche globale d'éducation pour la santé, individuelle et collective. Ce choix induit un « tri » raisonné des vaccins, à l'aide d'une balance bénéfice-risque selon leurs propres critères que l'on peut comprendre : la vulnérabilité ressentie de l'enfant, la gravité perçue de la maladie, l'âge, le sexe, le rang dans la fratrie, les histoires personnelles et familiales. Rejoignant l'étude ethnographique de Poltorak⁶, les parents tiennent compte de tous ces facteurs et font un choix personnalisé. Cependant, cette étude anglaise ne concerne que le RRO et seulement les mères, alors que notre étude cible tous les vaccins et tout type de parent.

L'ensemble de nos résultats tant sur la méfiance vis à vis des controverses médicales médiatisées que sur le principe d'inégalité de l'individu corrobore les travaux de Massé²⁴ (concernant les perceptions populaires du risque et des savoirs experts en contexte de pandémie H1N1 au Québec) réalisé auprès de 100 participants revendiquant une autonomie décisionnelle en fonction de leur perception du risque et de la vulnérabilité de leur proche.

Notre étude éclaire les chiffres de l'étude Nicolle² sur l'obligation vaccinale : 2 médecins sur 5, MF et pédiatres, sont contre, comme 56,5% des enquêtés, pouvant suggérer un rapprochement des mentalités des médecins français et de leurs patients au sujet de la décision vaccinale.

Dans cette enquête il ressort que 90% des enquêtés pensent la vaccination nécessaire, et qu'ils ont un haut niveau de connaissance des facteurs de transmission et du risque ; cependant, notre travail montre que les parents disent méconnaître les maladies mêmes contre lesquelles on vaccine, et déclarent avoir un besoin d'information précise sur elles.

Notre étude renseigne sur le facteur lié aux croyances : Meszaros et al.²⁵ et plus récemment Harmsen⁷ montrent qu'un déterminant du refus est l'idée que mener une vie saine (*life style*) dispense de vacciner. L'étude descriptive de Dionne et al⁴ au Québec où les infirmières sont vaccinatrices, montre que près de 41% d'entre elles pensent que certaines alternatives (homéopathie, hygiène de vie) suffisent. Dans le même sens, dans l'étude Nicolle, la vaccination arrive en sixième position des mesures de protection des maladies infectieuses, bien après l'hygiène et le contrôle aux frontières. Dans notre étude, ne pas vacciner serait même pour un parent, favoriser « l'apprentissage de la vie ».

Implications pratiques et perspectives :

Notre étude nous permet de répondre aux questions que nous nous étions posées en introduction et de développer des préconisations:

- Informer les professionnels de santé de l'importance de bien expliquer aux parents la maladie même contre laquelle on vaccine à côté des bénéfices et les risques du vaccin, pourrait avoir un impact sur la décision vaccinale. Devant une écloison de rougeole au Québec^{26,27}, une des hypothèses avancées dans les médias canadiens pour expliquer le refus de vaccination est la méconnaissance des maladies. Nos résultats confirment cela et pourraient inciter les vaccinateurs à développer du matériel pédagogique à cette intention.
- Evaluer les facteurs de résistance des parents afin de mieux accompagner leur choix en orientant les stratégies éducatives. A cette fin, des habiletés à la conduite

d'entretien à propos d'un phénomène complexe comme la décision vaccinale, sont des outils de communication indispensables. L'étude de Bond et al.²¹ montrait qu'un des freins à la décision vaccinale des parents était le manque d'information pour pouvoir faire une balance bénéfice-risque, ainsi qu'une communication pauvre entre les professionnels de santé et les parents.

- Accepter le choix réfléchi des parents intégrant la vaccination dans une démarche éducative responsable, c'est aussi les considérer comme interlocuteurs dignes d'intérêt, c'est respecter leur liberté et leur autonomie de décision. Cependant, les professionnels de santé doivent s'assurer que les parents font un choix éclairé et clarifier les notions erronées des parents lorsque c'est le cas.
- La perception de l'inégalité de l'individu devant la maladie et la réponse vaccinale, ouvre une discussion sur l'obligation vaccinale lancée par certains parents et aussi par certains professionnels de santé (les MF français et les infirmières québécoises). Elle rejoint les perspectives nouvelles orientant vers une « médecine personnalisée²⁸ » dans laquelle les décisions en santé sont dictées par la perception de la vulnérabilité individuelle dans toutes ses dimensions. Malgré cela, les parents, les professionnels de santé et le politique disent que la vaccination collective est vécue comme une mesure de santé publique responsable et incontournable. C'est au politique à assumer son rôle de « leadership actif » pour une vaccination généralisée, et au médecin qui connaît son patient-enfant à accompagner les parents dans leur choix.
- Enfin, d'autres études qualitatives et quantitatives sur la décision vaccinale auprès des parents et des médecins pourraient apporter des éclairages nouveaux pouvant alimenter cette discussion.

limites

Dans les deux premiers entretiens-test, les relances ont parfois laissé apparaître des éléments interprétatifs, mais ce problème a été corrigé lors des entretiens suivants. Les caractéristiques socioprofessionnelles des acteurs en interaction ont pu influencer le recueil d'information dans l'entretien : devant le naturopathe assertif, l'investigatrice a dit s'être sentie à la place du patient, alors que face à une secrétaire médicale elle était plutôt partenaire.

L'absence d'idées nouvelles dans les derniers entretiens suggérant que la saturation a été atteinte nous a fait arrêter à 14 participants. La nécessité d'une population ayant des enfants en âge d'être vaccinés est à l'origine de la tranche d'âge.

Notre analyse phénoménologique proche de la théorisation ancrée complétée par l'analyse sémiopragmatique requiert une expérience de l'analyse de verbatim et l'appropriation des théories de Peirce permettant une analyse fine de la sémiotique des textes (linguistique et contextuelle). La triangulation des analyses par deux experts a augmenté la validité des résultats.

Ce travail issu d'une approche différente de celles habituellement utilisées dans le domaine de la santé publique, a permis de mieux éclairer les représentations des parents influençant leur décision vaccinale. La perception de l'inégalité des sujets face aux maladies et aux vaccins apparaît comme l'argument principal de la décision des parents faisant de la vaccination un choix éducatif responsable. Il est essentiel pour les professionnels de s'approprier les habiletés relationnelles et communicationnelles lors de la consultation, pour explorer leurs représentations, croyances et attitudes. Cela leur permettrait de mieux éclairer leurs choix et de déconstruire leurs notions erronées. Leur donner une information complète à l'aide du développement d'outils pédagogiques tant sur les maladies que sur les vaccins c'est leur donner les moyens d'une autonomie décisionnelle raisonnée.

Références :

1. Parent du Châtelet I, Antona D, Waku-Kouomou D, et al. La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009;39-40:415-9
2. Nicolay N, Levy-Bruhl D, Fonteneau L, et al. Vaccination: perceptions et attitudes. In: Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. editors. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, 2008:89-101.
- 3 HCSP. Les vaccinations. dossier adsp n°71 2010
www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-71/ad711313.pdf
- 4 Dionne M, Boulianne N, Duval B, et al. Manque de conviction face à la vaccination chez certains vaccinateurs québécois. CJPH 2001;92(2):100-104.
5. Salmon DA, Pan WKY, Omer SB et al . Vaccine knowledge and practices of primary care providers of exempt vs. vaccinated children. Human Vaccines 2008;4(4):286-291.
- 6 Poltorak M, Leach M, Fairhead J, et al. "MMR talk" and vaccination choices: an ethnographic study in Brighton. Soc Sci Med 2005;61:709-19.
- 7 Harmsen IA, Mollema L, Ruiters RAC, et al. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. BMC Public Health. 2013;13:1183.
8. Bond L, Nolan T, Pattison P, et al. Vaccine preventable diseases and immunisations: a qualitative study of mothers' perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. Aust NZ J Public Health 1998;22:441-446.
- 9 Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, et al. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. Pediatrics 2006;117:1532-41.
- 10 Ziebland S, Herxheimer A. How patients' experiences contribute to decision making: illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). J Nurs Manag. mai 2008;16(4):433-439.
11. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2^oed. Bruxelles : de boeck université. 2003;58-61.

12. Glaser BG, Strauss AA. La découverte de la théorisation ancrée. Stratégies pour une recherche qualitative. Paris : Armand Colin. 2010.
13. Tiercelin C et Thibaud P. CS Peirce. Pragmatisme et pragmaticisme. Paris : les éditions du Cerf; 2002.
- 14 Depraz N. Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète. Paris : Armand Colin, 2006; 40-5.
- 15 Oude Engberink A, Amouyal M, David M, et al. Etude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale 2011;12 (4):199-212.
- 16 Guillemette F. L'approche de la grounded theory ; pour innover ? Recherches Qualitatives, 2006;26(1):32-50. [www.RecherchesQualitatives](http://www.RecherchesQualitatives.com)
- 17 Peirce CS. Ecrits sur le signe. Traduit par Deledalle G. Editions du Seuil. 1978:179-91
- 18 Oude Engberink A, Arino M, Julia B, et al. Intérêt d'une approche sémiopragmatique pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. Recherches Qualitatives, Hors série « les Actes », 2013;15: 96-115. [www.RecherchesQualitatives](http://www.RecherchesQualitatives.com)
19. Oude Engberink A, Amouyal M, Gerassimo O, et al. Déterminants de la prise en charge des patients déments dépistés dans une cohorte populationnelle : approche qualitative auprès de leurs médecins généralistes. Gérial Psychol Neur. 2013;11(2):157-167.
20. MacDonald N, Pickering L. Le programme d'innocuité vaccinale en huit étapes : des notions en matière de vaccination. Paediatric Child Health. 2009Nov;14(9) :608-611.
21. Bond L, Nolan T. Making sense of perceptions of risk of diseases and vaccinations: a qualitative study combining models of health beliefs, decision-making, and risk perception. BMC Public Health. 2011;1:943.
- 22 Brown KF, Kroll JS, Hudson MJ, et al. Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. Vaccine 2010;28:

4235-4248.

23. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3^eed Paris : Armand Colin.2012 :319-329.
24. Massé R, Weinstock D, Déry M, Moisan C. Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie:le cas du A(H1N1) au Québec. Anthropologie et Santé. 2011;3. <https://anthropologiesante.revues.org/739>
25. Meszaros JR, Asch DA, Baron J, et al. Cognitive processes and the decisions of some parents to forego pertussis vaccination for their children.J Clin Epidemiol 1996;49:697-703.
26. Agence de la santé publique du Canada. Avis de santé publique : rougeole. 2014 mars.<http://www.phac.aspc.gc.ca/phn.asp/2013-measles-0717-fra-php>.
27. Lacoursière A. Dix cas de rougeole à Lanaudière: une maladie très contagieuse. La presse.ca. 2015 février. <http://www.lapresse.ca/actualités/santé/2015/11/01-4843277-dix-cas-de-rougeole-dans-lanaudiere-une-maladie-tres-contagieuse.php>.
28. Carlson B. P4 Medicine could transform healthcare, but payers and physicians are not yet convinced. Biotechnol Healthc. 2010;7(3):7–8.

Tableau 1 : guide d'entretien semi-directif de type phénoménologique

<p>Que pensez-vous des maladies contre lesquelles on vaccine ?</p> <p>Relance: lesquelles connaissez vous ? qu'en pensez-vous ?...</p> <p><i>La question explore leurs connaissances et leurs représentations des maladies.</i></p>
<p>Que représente pour vous la vaccination ?</p> <p>Relance : Quand on vous parle de vaccination, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? qu'est-ce que cela vous évoque?</p> <p><i>La question explore leurs représentations de la vaccination.</i></p>
<p>Pour quelles raisons avez-vous fait vacciner ou non vos enfants ?</p> <p>Relance : Qu'est-ce qui a influencé vos décisions vaccinales ?</p> <p><i>La question explore les processus décisionnels.</i></p>
<p>Quelles sont vos sources d'information et qu'en pensez vous ?</p> <p><i>La question explore les sources d'information et la confiance mise en elles</i></p>
<p>Souvenez-vous d'une expérience vécue de vaccination dans laquelle vous vous êtes interrogé sur votre décision vaccinale?</p> <p>Relance : qu'avez vous ressenti ? qu'avez vous pensé? qu'est-ce que vous avez fait ?</p> <p><i>La question explore l'expérience vécue.</i></p>

Tableau 2: Les étapes d'une analyse phénoménologique sémiopragmatique.

Transcription des enregistrements mot à mot (<i>verbatim</i>) .
Relevé des différents éléments d'ancrage contextuels.
Lecture flottante, puis focalisée.
Découpage du texte en unités de signification.
Repérage et mise-en-lien de tous les éléments sémiotiques, textuels et contextuels, venant informer la catégorie en construction (catégorisation par comparaison continue).
Caractérisation sémiopragmatique des catégories émergentes selon leur mode d'être [3-2-1] à partir des classes de signes de Peirce.
Ordonnancement de ces catégories selon leurs relations logiques entre elles.
Construction du sens du phénomène sous forme d'une proposition englobante.

Tableau 3. Exemples de caractérisation sémiotique selon la théorie des signes de Peirce

[3] Mode d'être de la Loi, principes, généralités (tiercéité)	[2] Mode d'être des Faits actuels, actions, constats d'expérience (secondéité)	[1] Mode d'être de la Qualité, sentiment (priméité)
Représentation paradoxale de la vaccination entre protection individuelle et collective et Intrusion d'un « agent extérieur »	« c'est la protection » « la taille de l'aiguille par rapport à ce petit corps », « une bombe », « piqûres nombreuses »	Sentiment « d'agression », « d'acte violent »
Perception de l'inégalité de l'individu face à la maladie aux risques vaccin Choix éducatif intégré dans une démarche éducative réflexive et globale engageant la responsabilité des parents	« il y a des gens qui résistent plus » « mieux vaut la maladie que le risque du vaccin » « je me suis posé beaucoup de questions » « je fais un tri » « c'est mon rôle de mère » « j'en discute avec des mères de famille »	Sentiment d'imprévisibilité, d'hésitation, d'incertitude Sentiment de responsabilité
Approche autocritique de leurs connaissances et des sources d'information	Expérience vécue personnelles et des proches (« je », « ma mère ») Evènements biographiques Connaissances controversées Vaccin « produit marketing »	Angoisse/ « stress » Défiance Ressenti du besoin de « confiance », d'attente réassurance