



Département
de médecine
générale – UFR
Montpellier-1

Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative

What do parents think about vaccination? A qualitative study

Michel Amouyal, Marion Vallart, Gérard Bourrel, Agnès Oude-Engberink

exercer 2013;105:12-9.

m.amouyal@orange.fr

Mots-clés
Vaccination
Représentations
Recherche qualitative
Phénoméno- logie pragmatique

Key words
Perceptions
Qualitative research
Pragmatic phenome- nology

Context. *With the natural history of infectious diseases and the upsurge of formerly rare diseases, vaccination is of crucial matter. Numerous qualitative and quantitative studies, most often concerning one vaccine, have described the factors determining a parent's decision to vaccinate their children without really understanding what motivated their decision. This study aims to understand the "social representations" of the parents and how they influence the decision to vaccinate their children.*

Method. *Qualitative study by semi-structured interviews with in-depth questioning of 10 volunteers from Sète, in southern France. A phenomenological and pragmatic analysis of the fully transcribed verbatim was used to reveal significant categories and the factors influencing the decision to vaccinate.*

Results. *The principle of « inter-individual inequality with regards disease and vaccine » make vaccination a responsible educative choice resulting in the critical use of information sources and strategies applied to a general population. Confidence in one's GP and in previous experience, either personal or of close individuals, remain decisive elements in the reasoned selection of vaccines, based on the consideration of benefits versus risks.*

Discussion. *This study allowed a better understanding of a parent's attitude towards vaccination. The phenomenological and pragmatic method proposed has enlightened new categories which are useful for both individual and collective strategies.*

Introduction

Les déterminants de la couverture vaccinale tiennent de la collectivité et des professionnels (distribution géographique, accessibilité, couverture adéquate, couverture effective) d'une part, et des patients eux-mêmes ou de leurs parents pour les enfants d'autre part. La recrudescence de la rougeole 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^{1,2}.

Quel médecin généraliste n'a jamais été confronté aux arguments de patients « anti-vaccination » ? Éducateur à la santé, il doit tenir compte des craintes, des convictions, des représentations des patients pour renforcer l'alliance thérapeutique. Les représentations sont définies comme une « élaboration psychologique complexe où s'intègrent en une image signifiante l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société »³. Pour la vaccination des enfants, il doit comprendre pourquoi les parents acceptent, rejettent ou ignorent certains vaccins afin d'ouvrir la discussion pour en améliorer l'acceptabilité.

Dans la littérature française, les principales données épidémiologiques viennent de « Nicolle 2006 »⁴, une enquête déclarative par téléphone auprès de 2 échan-

tillons tirés au sort dont l'un représente la population générale (n = 4 112). Les résultats indiquent que la population a globalement une bonne opinion de la vaccination. Ces résultats purement quantitatifs ne permettent cependant de comprendre ni les représentations des vaccins auprès des parents, ni ce qui influe sur leur décision d'accepter ou non la vaccination.

Une étude qualitative conduite par le département de médecine générale de Saint-Étienne a interrogé parents et médecins à propos de la vaccination contre l'hépatite B5. Elle a proposé une typologie des médecins et rapporté un manque de connaissance des parents, mais sans aborder la compréhension de la décision vaccinale.

Deux études anglo-saxonnes ont répertorié les facteurs décisionnels de la vaccination. La première, britannique, fondée sur une approche par théorisation ancrée, a conclu à l'importance de la confiance dans le médecin. La seconde, américaine, a proposé une liste de thèmes clés informatifs, sans entrer dans le détail des raisonnements de chaque parent^{6,7}.

L'objectif principal de ce travail était de comprendre les représentations des parents sur la vaccination de leurs enfants, et leur influence sur les décisions de les faire vacciner ou non.

Les auteurs
déclarent n'avoir
aucun conflit
d'intérêts
concernant
les données
publiées
dans cet article.



Méthode

Étude qualitative par entretiens individuels. L'approche phénoménologique avec questionnement en profondeur centré sur l'expérience vécue a été choisie.

Choix des participants et contextes des entretiens

La sélection des participants a recherché la variation maximale des opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet sans viser une représentativité de la population source. Les parents ont été recrutés par trois médecins généralistes de la ville de Sète, sur le mode du volontariat. Le critère d'inclusion était le fait d'être parents d'enfants en âge d'être vaccinés. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement, car elle dépendait de la saturation des données.

Recueil de données

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ils ont été conduits, selon la convenance du patient et après accord téléphonique, au domicile du patient ou dans le cabinet du médecin généraliste. Les caractéristiques des participants ont été recueillies anonymement. Les différentes conditions de réalisation

de l'entretien ont toutes été relevées précisément afin d'en tenir compte dans l'analyse : horaire, lieu, positionnement des acteurs, contexte de réalisation (présence familiale, environnement perturbant).

Les entretiens ont été semi-directifs à partir d'une grille d'entretien utilisant un questionnement phénoménologique (tableau 1). Des questions ouvertes centrées sur la manière dont ils avaient vécu la vaccination de leurs enfants laissaient les parents s'exprimer sur ce qu'ils pensaient, ce qu'ils éprouvaient et ce qu'ils faisaient en situation de vaccination. Des reformulations à des fins d'explicitation étaient prévues en réserve⁸.

Analyse qualitative

Elle a été conduite selon une méthode phénoménologique sémio-pragmatique⁹. Elle était adaptée du modèle d'approche qualitative phénoménologique en psychologie¹⁰, en intégrant la pragmatique de Peirce¹¹.

Les étapes de la démarche analytique ont été :

- transcription des enregistrements mot à mot (verbatim) ;
- notification des différents éléments de contextualité préexistants ;
- lecture flottante de type intuitif ;
- lecture focalisée ;
- découpage des unités de sens et thématisation ;
- repérage des éléments signifiants textuels et contextuels et mise en lien pour une catégorisation par comparaison constante ;
- caractérisation des catégories obtenues à l'aide des catégories de Peirce ;
- organisation du sens à partir d'un ordonnancement logique ;
- production d'une proposition générale synthétique.

Une triangulation des données d'analyse a été mise en place : deux experts ont confronté leurs analyses à celle de l'investigateur¹².

Résultats

Les entretiens se sont déroulés du 25 octobre 2011 au 17 février 2012. Tous ont eu lieu dans la ville de Sète. La durée des entretiens était comprise entre 17 et 47 min, avec une moyenne de 34 min (tableau 2).

Les représentations des parents

La vaccination comme protection individuelle puis collective

Lorsque la question suivante a été posée : « Que vous évoque la vaccination ? », les réponses ont fait appel à des connaissances partagées générales positives : protection, éradication.

1 / Que pensez-vous des maladies pour lesquelles on vaccine ?

- À quoi sert la vaccination pour vous ?
- Est-ce que certains vaccins vous paraissent plus importants, dangereux ou efficaces ?

L'organisation des questions cherche à évaluer en premier lieu les connaissances des parents sur ces maladies, sur la vaccination puis sur les vaccins. Nous explorons leur connaissance acquise.

2/ Que représente pour vous la vaccination ?

- Quand on vous parle de vaccination, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? Ou à quoi pensez-vous, qu'est-ce que cela vous évoque ?

- Pensez-vous que certains vaccins puissent poser des problèmes ?

Avec ces questions, nous essayons d'identifier leurs représentations ainsi que les facteurs décisionnels.

3/ Pour quelles raisons avez-vous fait vacciner ou non vos enfants ?

4/ Par qui ou quoi êtes-vous informés sur la vaccination ?

- Dans ces sources d'information, y a-t-il des éléments qui ont influencé la décision de vacciner ou non ?

5/ Racontez-moi une expérience de vaccination, qu'avez-vous ressenti, comment l'avez-vous vécu ?

- Pensez-vous que ceci influence votre décision de vaccination pour vos enfants ?

Permet d'explorer le vécu, l'expérience vécue et l'historicité.

6 / Que pensez-vous du rythme du calendrier vaccinal ? Cette dernière question permet d'évaluer le domaine temporel.

Tableau 1. Grille des entretiens semi-directifs.



La vaccination comme intrusion d'un agent étranger, fraction atténuée de la maladie potentiellement dangereuse

Pour P6 et P10, le vaccin était « une fraction atténuée de la maladie » permettant au corps d'apprendre à réagir. Cependant, cette représentation remettait en cause l'innocuité vaccinale par crainte que le vaccin déclenche chez l'enfant la pathologie contre laquelle il devait protéger : « Si en plus il faut leur faire des piqûres et leur mettre un petit peu de maladie... ».

Le vaccin pouvait être aussi vécu comme « l'intrusion d'un agent extérieur », « contre-nature » et parfois « nocif ». Cela s'opposait à l'approche naturelle du corps, de la santé et de la maladie : « C'est l'introduction d'un agent extérieur à caractère chimique dans un organisme à caractère naturel » (P7).

Potentiellement dangereux, car non sans risque, voire toxique : « Le mercure est toxique, l'aluminium beaucoup moins, mais les deux ça devient une bombe ».

La vaccination comme « choix éducatif » responsable

P1 l'a énoncé littéralement : « Non, c'est un choix..., un choix éducatif ». C'est en vertu de sa conception naturelle du corps et de la médecine que P7 a choisi de laisser agir les virus, action vécue comme un « apprentissage de la vie », tout comme elle a choisi de ne pas travailler pour être présente.

Cette représentation inclut celle d'un « tri » raisonné selon des critères individuels : P1, « en tant que mère de famille », a choisi le moment pour certains vaccins :

selon l'âge, l'hépatite B faite à l'adolescence ; selon la place de l'enfant dans la fratrie : « Parce qu'au troisième, hum..., on est moins couvant que pour les deux aînés ».

Selon le genre, certains vaccins prenaient de l'importance : concernant le ROR, une mère a choisi de ne faire que la rubéole à sa fille, craignant les conséquences sur une grossesse future (P4). Un père a accepté le ROR pour les mêmes raisons, plus celle du risque de stérilité chez le garçon après les oreillons (P9).

Selon la représentation ou l'expérience de bénignité ou de gravité de la maladie : P7 a gardé un vécu de bénignité des maladies infantiles : « C'était pas très grave. C'était fatiguant mais y avait pas d'enjeu vital ».

Selon le risque de souffrance causé par la maladie. P10 à propos de la rougeole : « Ça peut faire souffrir non ? [...] plus que c'est dangereux. Y a pas de risque de mort pour le bébé quoi. Mais bon, si ça peut les éviter, c'est bien ».

Cette notion de choix sous-tendait la notion de responsabilité :

- individuelle, par rapport à son enfant, avec la volonté de faire le bon choix pour l'enfant. P1 a choisi de ne pas vacciner ses enfants contre la grippe A (H₁N₁) craignant d'être responsable d'un syndrome de Guillain-Barré : « Si c'était mes enfants et si c'était dû à la décision que moi j'ai prise » ; « J'avais peur de me tromper, oui voilà. [...] Pour ça, c'est pas facile de faire les bons choix » (P10) ;
- collective, vis-à-vis de la société. Ils se conformaient aux lois sociales en respectant l'obligation vaccinale vécue comme preuve du « bien-fondé » des vaccins : « Je considère que ceux qui sont obligatoires, je dirais

	Âge (années)	Sexe	Profession	Religion	Nombre d'enfants	Suivi des enfants
P1	38	Femme	Technicienne en information médicale		3	Médecin généraliste
P2	36	Femme	Agent administratif au RSI	Catholique non pratiquante	2	Médecin généraliste
P3	41	Femme	Professeur des écoles	Catholique non pratiquante	2	Médecin généraliste
P4	36	Femme	Psychologue	Athée	1	Pédiatre puis médecin généraliste
P5	57	Homme	Naturopathe	Croyance en Dieu mais non rattaché à une religion	2	
P6	28	Femme	Sans profession		1	Pédiatre et médecin généraliste
P7	40	Femme	Étudiante en orthophonie		2	Pédiatre puis médecin généraliste
P8	42	Homme	Technicien en ingénierie réseau		2	Pédiatre et médecin généraliste
P9	45	Femme	Sans profession	Catholique	2	Médecin généraliste
P10	34	Homme	Pêcheur		2	Médecin généraliste et pédiatre

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon



qu'ils sont nécessaires, [...] s'ils sont, euh, obligatoires c'est quand même pour une raison. Je me fie aux avis, aux réglementations » (P2).

Si dans leur représentation générale la protection collective incarnait la responsabilité sociale, aucun parent ne l'a repris quand il s'agissait de leur expérience vécue : *« On m'a dit que les gens comme moi ne se faisaient pas vacciner, on était responsable de la recrudescence de rougeole [...]. Mais je ne me sens pas coupable. Moi, je pense que la rougeole c'est pas très grave et que, ben, le gamin il apprend à être malade aussi » (P7).*

Principe d'inégalité de l'individu devant la maladie et/ou le vaccin par son caractère unique

Le risque de contracter la maladie est imprévisible. Le risque de développer un effet indésirable du vaccin n'est pas mesurable à l'échelle de l'individu.

P1 expliquait son choix de ne pas vacciner ses enfants contre la grippe A (H₁N₁) parce qu'elle ne pouvait pas prédire s'ils auront la grippe ou un risque de développer un effet secondaire (Guillain-Barré).

« Pourquoi est-ce que j'infligerai, si je puis dire, pourquoi j'imposerais ça (vaccin hPV) à ma fille dans l'hypothétique risque que dans 50 ans ou 30 elle développe une maladie ? Aussi bien elle ne développera jamais cette maladie » (P7).

Certains ont évoqué l'absence de recul pour évaluer les effets indésirables potentiels des vaccins : *« Peut-être qu'au moment où on le fait on n'a pas assez de recul et que peut-être 5 ans, 10 ans après on s'aperçoit qu'y a, euh... des effets nocifs qu'on n'avait pas forcément vus » (P8).*

La médecine et les études scientifiques en population générale ne peuvent évaluer ces risques individuels. Cette susceptibilité rend les études incertaines : *« Même si voilà, la médecine fait beaucoup d'études sur les réactions, sur vraiment ce qui peut se passer, après chaque personne peut-être va avoir quelque chose de latent ou va développer une réaction qu'elle sera la seule à développer » (P4).*

Cette singularité intègre la décision vaccinale rendant nécessaire une balance bénéfices/risques.

Concernant le vaccin, le bénéfice de la vaccination était contrebalancé par la description d'effets indésirables potentiels : sclérose en plaques, syndrome de Guillain-Barré, autisme, bécégite. Le vaccin était alors plus « angoissant » que la maladie : *« Je préfère avoir, enfin prendre le risque d'avoir une hépatite, j'ai 50 ans je l'ai toujours pas eue, euh, que de me faire vacciner, parce qu'on me demande de le faire, et en conséquence je prends le risque d'avoir une sclérose en plaques » (P7).* La balance bénéfices-risques globale était décrite en fonction de la singularité, de la représentation de la maladie (bénignité/sévérité), de l'ancienneté du vaccin (cas de grippe



© Alexander Rathis - Fotolia.com

A [H₁N₁] : *« Finalement on a pensé qu'il y avait plus de risques à ne pas faire le vaccin qu'à le faire, donc on l'a fait » (P9).* Ce risque leur semblait plus prévisible dans le cas de vaccinations anciennes, éprouvées. La nouveauté était source d'interrogations et de doute sur l'innocuité des vaccins.

Approche critique de leurs connaissances et des sources d'information

Les personnes interrogées expliquaient leur méconnaissance des maladies cibles des vaccins par la diminution de l'incidence, le manque d'expérience vécue de la maladie, des noms commerciaux peu informatifs : *« DTPolio. Diphtérie je sais même pas ce que c'est [...]. Je sais pas ce que c'est, la polio je sais pas non plus [...]. Donc la rougeole, rubéole, oreillons. Non, même j'ai jamais vu de rubéole, des cas, je connais pas dans mon entourage [...]. Mais c'est moi, par méconnaissance peut-être [...]. et puis les noms des vaccins, on sait pas, euh, ce qu'il y a dedans » (P2).*

Confiance ou méfiance dans les informants naturels selon l'expérience de chacun, et notamment le corps médical comme conseiller de confiance ou source de controverse : *« Je ferais intervenir mon médecin de famille... oui, j'en discute avec mon médecin généraliste » (P1).* *« Avec le médecin, c'est une relation de confiance, donc il nous conseille quelque chose, enfin moi je mets pas sa parole en doute » (P8).* *« Qu'il soit pour, ça m'a conforté dans mon choix, ça oui hein c'est sûr. Je pense que s'il m'avait dit qu'il était contre, j'aurais, je pense que j'y aurais réfléchi un peu plus » (P2).* *« Ben, par exemple, j'avais un pédiatre qui était contre le vaccin H1N1 et mon médecin traitant qui était pour [...]. Enfin, vous vous dites si les gens du corps médical se posent des questions, vous savez pas... » (P9).*

Méfiance envers l'industrie et la politique : *« Je pense qu'il y avait autre chose que la grippe H1N1 qui faisait qu'on achetait le vaccin [...], c'est plutôt politique et qu'y a eu des firmes pharmaceutiques qui ont poussé à ce qu'on fasse le vaccin » (P8).* Le vaccin peut pren-



dre un aspect de « produit marketing », un moyen de gain financier pour les laboratoires : « Pour la grippe, comme ça rapporte rien aux laboratoires ou pas grand-chose, on leur donne les vaccins, ça leur rapporte, euh, des sommes considérables » (P5). À propos du vaccin anti-hPV : « J'ai l'impression que ça vient de sortir. (Rires). Ça me fait un peu penser, je crois, que j'ai dit produit marketing. Tiens, on a découvert un vaccin au fait. N'oubliez pas de vous faire vacciner, c'est Noël. Un petit peu ce côté commercial » (P7).

Médiatisation de polémique comme source d'angoisse : « Je pense que c'est par rapport aux médias que ça nous fait plus peur. Je pense qu'on en a fait beaucoup pour pas grand-chose [...]. De tout le tapage qu'il y a eu sur le vaccin de la grippe » (P8). « C'est parce que là c'est vrai qu'y avait un tel tabac médiatique. Puis y avait les effets secondaires ; y a eu des problèmes avec les vaccins qui sont passés aussi à la télé » (P2).

L'expérience vécue de vaccination comme geste agressif et douloureux sur un corps vulnérable en développement, geste nécessitant un accompagnement

C'est leur représentation de « l'objet-vaccin ». Si pour P1 il s'agissait d'un geste « anodin », « banal », pour tous les autres, il était décrit comme « agressif », « douloureux » parfois même « violent » ou comme un « acte de torture ». Les termes « piqûre » et « aiguille » sont revenus. Ces représentations résonnaient avec les représentations du corps de l'enfant « vulnérable », « si petit », « en développement ». : « Ils galèrent déjà à grandir, à manger, à faire tout ce qu'ils font et si en plus il faut leur faire des piqûres et leur mettre un petit peu de maladie » (P10). En rapportant l'expérience du premier vaccin de sa fille, P4 a mis en avant l'importance des gestes explicatifs, rassurants, des paroles attentives que le médecin doit adresser à l'enfant afin d'accompagner le vaccin.

Les événements biographiques renforçant ou discréditant l'utilité vaccinale (expérience vécue personnelle ou de l'entourage, alimentant la balance bénéfices-risques)

Expérience personnelle de maladies pour lesquelles il existe un vaccin dont le vécu de bénignité ou de gravité influençait la décision vaccinale. P7, à propos de la rougeole : « C'était pas très grave. C'était fatigant mais y avait pas d'enjeu vital ».

Expérience de proches qui participe à la décision vaccinale. L'exemple rapporté fréquemment était celui de SEP imputée au vaccin contre l'hépatite B. P3 : « L'hépatite B, ma mère s'est faite vacciner pour le vaccin de, enfin pour l'hépatite B et peu de temps après elle a déclenché une sclérose en plaques... quand il est arrivé le moment pour faire vacciner les enfants, j'ai dit non ».

Pour P10, la gravité de l'hépatite contractée par son cousin a déterminé sa décision de vacciner ses enfants. « J'ai mon cousin qui a une hépatite, mais je crois que c'est une hépatite C... Je sais plus ce que c'est comme hépatite. Des fois il a des crises. Alors il n'est pas bien, il est tout blanc, il est pâle. Donc ça a l'air un peu... c'est pour ça que j'ai... ».

L'absence d'expérience vécue des maladies est source de méconnaissance et de difficultés pour les parents pour décider de vacciner ou non. Pour P7, c'était l'image d'un voisin hémiplégique, dont elle ignorait l'étiologie, mais qui pour elle représentait la polio et justifiait le DTP. À la question : « Par exemple le tétanos ? Elle vous semble comment cette maladie ? » : « Inexistante » (P8).

L'angoisse accompagnant les expériences vécues et les représentations

Les mots « crainte », « peur », « angoisse », « anxiété », « stress » se sont répétés dans tous les entretiens. Devant la méconnaissance des maladies et des vaccins, devant les événements biographiques marquants,

[3] Catégorie de la loi, principes, généralités (tiercéité)	[2] Catégorie des faits, actions, constats d'expérience (secondéité)	[1] Catégorie de la qualité, sentiment (priméité)
Protection individuelle et collective Intrusion d'un « agent extérieur »	Geste/objet : « l'aiguille », « une bombe », « piqûres nombreuses »	Sentiment d'« agression », d'« acte violent »
Inégalité de l'individu face à la maladie et au vaccin	Balance B/R : « mieux vaut la maladie que... » « tri » raisonné, « bien-fondé » implication	Sentiment d'imprévisibilité de la réaction corporelle d'incertitude
« Choix éducatif » responsable inclus dans un processus global d'apprentissage	Décision « en tant que mère de famille..., que femme »	Sentiment d'appartenance identitaire
Approche critique de leurs connaissances et des sources d'information	Expériences vécues personnelles et des proches (« je », « ma mère ») Événements biographiques	Angoisse/« stress » Défiance
Confiance dans le médecin généraliste	Connaissances controversées Vaccin « produit marketing »	Ressenti du besoin de « confiance », d'attente réassurance

Tableau 3. Classification selon les catégories de Peirce



devant l'imprévisibilité des résultats et les controverses médicales, devant la multiplicité des injections et des agents vaccinaux, devant le fait que ça touche les enfants, que ce soit potentiellement douloureux ou que leur responsabilité parentale soit engagée.

Proposition générale sur le sens de la vaccination pour les parents

Pour faciliter la compréhension de l'ordonnement des catégories émergentes, le chiffre entre crochets indiquera le rapport entre ces catégories obtenues et les catégories sémiotiques universelles : [1] si elle se rapporte à un sentiment, [2] aux faits d'expérience, aux actions, [3] aux principes, généralités et théories (tableau 3)¹¹.

Si la représentation spontanée de la vaccination énoncée par les parents restait la protection individuelle et collective [3], leur représentation du vaccin était l'intrusion d'un agent étranger, fraction de maladie [3], en lien avec un geste [2] agressif, nécessitant un accompagnement de la part des médecins [2], car potentiellement dangereux [1], sur le corps vulnérable [1] de leur enfant.

La décision vaccinale était un choix éducatif [3] mettant en jeu la responsabilité des parents inscrite dans le domaine des apprentissages [3], leur permettait d'effectuer un tri raisonné [2] parmi les vaccins proposés, face à l'angoisse liée au risque.

Le principe d'inégalité de l'individu face à la maladie et au vaccin [3] et le caractère unique de la réaction corporelle induisait une balance bénéfices-risques [2] devant un sentiment d'imprévisibilité et d'incertitude [1].

L'approche critique [3] de leurs connaissances de fond et des sources d'information faisait que leur expérience vécue [2] des maladies, des vaccins ou celles de leurs proches (événements biographiques) devant l'imprévisibilité [1] déterminait les critères de la décision vaccinale, alimentant la balance. Le principe de la confiance accordée à leur médecin de famille [3] a été l'élément rassurant déterminant dans la décision et dans l'accompagnement du geste vaccinal.

Discussion

Forces et limites

Le recueil des données par entretien semi-dirigé

L'entretien semi-directif phénoménologique nécessite des techniques de relances, de reformulation et de clarification⁸. Les relances ont parfois laissé apparaître des éléments d'ordre interprétatif. À l'issue des premiers entretiens, ce défaut a été corrigé. Le positionnement des acteurs interlocuteurs entrainé en jeu dans les réponses : devant un participant naturopathe, l'expérimentatrice (interne en médecine générale) s'est trouvée à la place du patient, alors que face à une secrétaire médicale, elle était plutôt partenaire.

L'échantillon de participants

Le nombre de participants a été limité par la durée nécessaire pour la retranscription et à l'analyse phénoménologique de chacun des entretiens. Toutefois, la saturation des données a été atteinte avec émergence de catégories générales. Le recrutement des parents s'est déroulé à Sète sur les lieux de stage de l'expérimentatrice. Ils appartenaient à une même tranche d'âge, car l'échantillon a été constitué dans une population de parents ayant des enfants en âge d'être vaccinés.

Cet échantillon n'avait que peu de variations socio-culturelles. Le lieu de recrutement, dans 2 cabinets de médecine générale, peut être à l'origine de ce manque de diversité culturelle. Il aurait été probablement intéressant d'étudier l'impact d'une appartenance religieuse ou philosophique dans les choix vaccinaux. Néanmoins, de l'étude ethnographique conduite auprès de mères vivant à Brighton au Royaume-Uni avec des niveaux socio-culturels variés ont émergé des thèmes en accord avec les catégories issues de ce travail⁶.

Le groupe des participants était composé de 7 femmes et 3 hommes. Les femmes bénéficiant du congé maternité s'occupent-elles plus souvent des vaccins ? Le suivi post-natal vaccinal est-il en continuité avec celui de la grossesse ? La notion de « choix éducatif » énoncée par une mère a été reprise par deux pères.

La méthode d'analyse

L'approche phénoménologie s'appuie sur une sémantique spécifique complexe nécessitant un effort d'appropriation. Le souci de la rendre plus « appliquée » par une démarche pragmatique la rend moins hermétique⁹.

Les limites sont celles de toute analyse qualitative d'un verbatim : quantité de support-papier à lire et relire, découpage en unités de sens, construction des catégories. La caractérisation des catégories selon les niveaux [1], [2] ou [3] dépend de l'habileté et de l'expérience du chercheur. La triangulation des analyses a permis de l'affiner.

L'objectif était de comprendre le sens du phénomène « vaccination » pour les parents, en dépassant le seul inventaire de déterminants de la décision de vacciner. Les résultats confirment l'intérêt de la méthode phénoménologique : lorsque les parents sont questionnés de manière générale sur ce qu'ils pensent de la vaccination, ils répondent avec des notions véhiculées par le sens commun (« on », « nous »). Lorsqu'ils sont questionnés sur leur expérience vécue située, les réponses sont impliquées et singulières (« je »). La définition instituée de la vaccination comme agent de protection



et d'éradication des maladies revêt alors des attributs d'« agents extérieurs », « intrusifs », d'« inoculation de maladie ».

Alors que les notions générales, partagées par le sens commun, sont attendues lors d'un questionnaire de type épidémiologique en population générale tel que celui de l'enquête de Nicolle⁴, les représentations inédites comme celle du « choix éducatif » ou « l'inégalité des personnes dans leur corps propre face au vaccin et à la maladie » procèdent d'une logique de découverte grâce à cette méthode centrée sur l'expérience vécue.

Critères de scientificité

Ce travail a satisfait à certains critères de scientificité en recherche qualitative : celui de réflexivité du chercheur qui a réajusté le questionnement en prenant conscience de l'implication qu'elle mettait dans les premiers interviews et de son influence dans les réponses ; celui de significativité et cohérence stipulant que les résultats donnés doivent faire sens en situation, dans leur contexte, permettant ainsi d'informer d'autres situations concrètes^{13,14}.

Comparaisons des résultats

Les résultats de ce travail complètent ceux de l'enquête de Nicolle en population générale⁴. Nicolle étant une enquête d'opinion, les questions à choix multiples réduisent les possibilités de réponses des participants. Alors que ses résultats montraient une conscience des populations du risque de recrudescence de diphtérie en cas d'arrêt de la vaccination DTP, ceux de ce travail dévoilent une méconnaissance des maladies et des principes de la vaccination quel que soit le niveau socio-économique des parents. Nicolle rapporte qu'un répondant sur cinq arrêterait ou laisserait la décision de faire le DTP aux parents en cas de suspension de l'obligation : ce travail était cette notion en faisant

entrer la vaccination dans une démarche éducative responsable générale allant au-delà de la notion de protection.

Dans l'enquête Nicolle, 36,6 % des répondants étaient défavorables à la vaccination contre le VHB chez les nourrissons et 20,9 % chez les adolescents. Ce travail apporte des informations précises à ce sujet : la susceptibilité imprévisible de chaque individu de contracter la maladie ou un effet indésirable du vaccin, les critères d'âge, de genre, font peser aux parents le pour et le contre pour leur enfant.

L'étude qualitative américaine se réclamant de la théorie ancrée pour analyser les facteurs décisionnels de vaccination de mères

pour leurs enfants a utilisé un recueil de données par entretiens en profondeur⁷. À partir des thèmes émergents, 56 codes ont été choisis et inclus dans un package de six logiciels de traitement de données qualitatives, permettant l'élaboration d'une typologie des mères suivant leur attitude face à la vaccination : les « pour », les « hésitantes » et les « contre ». Le questionnement étant centré sur la relation de confiance avec le médecin, ce facteur décisionnel est saillant dans l'analyse. L'étude anglaise de Brighton selon une approche ethno-biographique, utilisant des entretiens en profondeur (n = 23) fait émerger cinq thèmes clés : histoire personnelle, événements liés à la grossesse et à la naissance, relation avec le système de santé et le politique, connaissance, confiance dans sa propre décision⁶. Globalement, ces deux études donnent des résultats sous forme d'inventaire ou de typologie. La deuxième est plus informative, utilisant un questionnement plus centré sur l'expérience, faisant émerger des catégories proches de ce travail, malgré un échantillon plus important. Ces deux études ne proposaient pas de mise en ordre ni de hiérarchisation des thèmes, étape déterminante dans la compréhension du phénomène étudié. L'approche phénoménologique et pragmatique utilisée dans ce travail précise les résultats de ces travaux en faisant émerger des catégories plus significatives.

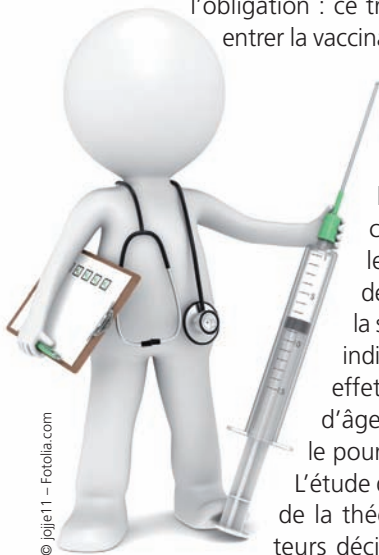
Les résultats ont suggéré le caractère déterminant de l'expérience vécue dans les représentations et les comportements en santé.

Les campagnes de santé publique sont absentes des résultats de cette étude. Le manque d'information sur les maladies mêmes et leur gravité potentielle suggère que les autorités sanitaires devraient recentrer l'information sur ce sujet.

Conclusion

Ce travail a permis de mieux comprendre les représentations des parents concernant la vaccination et leur influence sur la décision vaccinale. Parmi les catégories générales, la notion d'« inégalité imprévisible des sujets face aux maladies et aux vaccins » est bien le « principe actif » qui dirige les parents vers un « choix éducatif » les poussant à un « tri » raisonné des vaccins à l'aide de leur balance bénéfices-risques. Accepter que les patients choisissent d'après leur balance bénéfices-risques correspond à l'objectif éducatif de patients réflexifs et autonomes que doivent se fixer les médecins généralistes. Leur donner les moyens de faire une balance adaptée à la réalité individuelle et collective nécessite d'améliorer leur information sur les maladies cibles de vaccins, et de recueillir les expériences qu'ils ont vécues.

Ce travail a également montré l'efficacité du questionnement phénoménologique sur l'émergence de l'expé-



© j0j0e11 - Fotolia.com



rience vécue en profondeur, suggérant que le médecin gagnerait à se familiariser avec ce type de questionnement afin de mieux comprendre les comportements en santé (constructions mentales erronées, conduites inadaptées, peurs) et d'élaborer des stratégies adaptées. Dans la même perspective pédagogique, ce travail met en exergue l'importance des conditions préalables

à l'analyse, telles l'attitude phénoménologique et la prise en compte des contextes ; il propose, enfin, une méthode d'analyse cohérente du verbatim en limitant les risques inhérents à l'interprétation. Une étude sur les représentations des vaccins conduite auprès des médecins généralistes utilisant une méthode identique serait une perspective intéressante.

Résumé

Contexte. *L'évolution de l'histoire naturelle des maladies infectieuses et la recrudescence de maladies presque disparues font de la vaccination une question centrale en médecine générale. De nombreuses études quantitatives ou qualitatives ont relevé des déterminants de la décision vaccinale des parents sans permettre de comprendre ce qui la motivait en profondeur. Ce travail a pour objectif de comprendre les représentations des parents et les influences de celles-ci sur la décision de vacciner les enfants.*

Méthode. *Étude qualitative par entretiens semi-directifs avec questionnement en profondeur auprès de 10 patients volontaires de la ville de Sète (France). Après saturation des données, une analyse phénoménologique et pragmatique du verbatim transcrit intégralement a fait émerger des catégories significatives et a permis de comprendre ce qui influence la décision de vaccination.*

Résultats. *Le principe général d'« inégalité de l'individu devant la maladie et le vaccin » fait de la vaccination un « choix éducatif » responsable induisant une approche critique des sources d'information et des stratégies appliquées à une population générale. La confiance en leur médecin et l'expérience vécue personnelle ou de proches restent des éléments décisifs pour un tri raisonné parmi les vaccins à l'aide d'une balance bénéfices-risques.*

Conclusion. *Cette étude permet de mieux comprendre le comportement des parents face à la vaccination de leurs enfants. La méthode phénoménologique et pragmatique permet l'émergence de catégories inédites, utiles à des stratégies éducatives individuelles et collectives.*

Références

- Parent du Châtelet I, Antona D, Waku-Kouomou D, Freymuth F, Maine C, Levy-Bruhl D. La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009;39-40:415-9.
- Schwarzinger M, Flicoteaux R, Cortaredona S, Obadia Y, Moatti JP. Déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination pandémique A(H1N1) 2009 en population adulte française. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2010;24-25-26:267-71.
- Herzlich C. Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Paris : Mouton, 1969:23.
- Nicolay N, Levy-Bruhl D, Fonteneau L, Jauffret-Roustide M. Vaccination : perceptions et attitudes. In: Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C, eds. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, 2008:89-101.
- Chambon G, Charles R. Vacciner contre l'hépatite B ? Ce qu'en disent des parents et des médecins de l'agglomération stéphanoise. Médecine 2011;7:333-7.
- Poltoraka M, Leach M, Fairhead J, Cassell J. "MMR talk" and vaccination choices: an ethnographic study in Brighton. Soc Sci Med 2005;61:709-19.
- Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. Pediatrics 2006;117:1532-41.
- Vermersch P. L'entretien d'explicitation (5^e ed). Paris : ESF, 2006: 51.
- Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. exercer 2013;105:4-11.
- Santiago-Delefosse M, Rouan G. Les méthodes qualitatives en psychologie. Paris : Dunod, 2001:221.
- Depraz N. Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète. Paris : Armand Colin, 2006:40-5.
- Savoie-Zajc L. Technique de validation par triangulation. In : Mucchielli A, eds. Dictionnaire des méthodes qualitatives. Paris : Armand Colin, 1996:261-2.
- Soulet MH. Traces et intuition raisonnée. Le paradigme indiciaire et la logique de la découverte en sciences sociales. In : Paillé P, eds. La méthodologie qualitative. Posture de recherche et travail de terrain. Paris : Armand Colin, 2006:238.
- Pourtois JP, Desmet H. Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. Wavre : Mardaga, 2007:119-22.