

Préoccupations parentales concernant la vaccination pédiatrique : étude en focus groups à Bruxelles

Parental perspective about paediatric vaccination : a focus group study in Brussels

Castroviejo Fernández I^{1,2}, Jourdain S^{2,3}, Kacenenbogen N⁴ et Smeesters PR^{1,2,5,6}

¹Département de Pédiatrie, Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, ²Laboratoire de bactériologie moléculaire, Université libre de Bruxelles (ULB), ³Département de Pédiatrie, Hôpitaux Iris-Sud, ⁴Département de Médecine Générale, Université libre de Bruxelles (ULB), ⁵Group A Streptococcus Research Group, Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, ⁶Centre for International Child Health, University of Melbourne, Melbourne, Australie

RESUME

Introduction : La réticence à l'égard des vaccins augmente à travers le monde, particulièrement dans les pays développés. Ceci entraîne une couverture vaccinale sous-optimale et favorise la recrudescence de maladies infectieuses. En conséquence, l'OMS recommande à chaque pays d'exercer une surveillance continue des facteurs spécifiques et du contexte associés à cette réticence. Dans ce cadre, les études qualitatives offrent un nouveau regard et permettent de cerner et d'approfondir les préoccupations des parents.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative, sous forme de focus groups (entretiens collectifs semi-ouverts), auprès de parents d'enfants de six ans ou moins, à Bruxelles. Les parents ont été recrutés sur base volontaire au sein de crèches et écoles francophones. Ces dernières, différenciées selon leur appartenance ou non au statut "discrimination positive", ont permis l'inclusion de parents issus de différents niveaux socio-économiques.

Résultats : Sept entretiens ont été réalisés (total 24 parents). Trois principaux facteurs de réticence ont été identifiés : les préoccupations concernant la sécurité vaccinale, l'importance et l'utilité perçue des vaccins et la méfiance à l'égard de diverses institutions. Les expériences personnelles, les professionnels de santé et l'information disponible influencent ces trois facteurs.

Conclusion : L'attitude négative à l'égard des vaccins pourrait être atténuée en fournissant des

ABSTRACT

Introduction : Parents' concerns about vaccine efficacy and safety are growing in developed countries leading to a suboptimal immunization coverage. Various reasons exist for vaccine refusal or delay and those reasons change according to time, political context, demographic variables and vaccines themselves. The WHO recommends every country to investigate the determinants leading to vaccine hesitancy in their own setting. Qualitative surveys provide us with new and deep insight into parents' perspective.

Methods : We conducted a qualitative study using focus groups. This approach is an open group discussion exploring a defined topic under the supervision of a facilitator. Parents having at least one child under 6 years old, and attending nurseries or pre-schools in Brussels, were recruited on voluntary basis through an information leaflet. Pre-schools were selected among two different socio-economic backgrounds (low and high-income settings) according to an official Belgian school ranking.

Results : A total of 24 parents were gathered through 7 interviews. Three principal determinants of vaccine hesitancy have been identified: concerns over vaccine safety, perceived importance and usefulness of vaccines and issues around institutional mistrust. Personal experience, healthcare workers as well as the available information influence these determinants.

informations équilibrées concernant les risques et bénéfiques des vaccins ; en facilitant l'accès à des informations plus complètes et ce, avant les consultations de vaccination. Un autre point d'amélioration concerne l'attitude des professionnels de santé. Notre enquête montre qu'une discussion plus ouverte, rassurante mais à l'écoute du patient est fondamentale.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 5-17
Doi : 10.30637/2019.18-018

Conclusions: The negative attitude towards vaccines could be reduced by providing balanced information on benefits and risks of vaccines as well as giving easier access to this information before immunisation appointments. Our survey also showed that a non-judgemental discussion, more open and receptive to patients' needs is crucial. Thus, working on healthcare workers' attitude is another fundamental approach.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 5-17
Doi : 10.30637/2019.18-018

Key words : vaccine refusal, vaccine hesitancy, focus groups, paediatric vaccines

INTRODUCTION

Les vaccins constituent une des avancées scientifiques les plus importantes du 20^e siècle. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à 2 millions le nombre de vies sauvées par an grâce à la vaccination et, en améliorant la couverture vaccinale, nous pourrions encore éviter 1,5 millions de décès complémentaires¹. Le succès des programmes de vaccination dépend des hauts taux de couverture vaccinale et donc de l'acceptation de la vaccination au sein de la population. Une étude concernant la confiance envers les vaccins, menée dans 67 pays du monde entier, montre une attitude globalement positive². Cependant, les inquiétudes liées à la sécurité vaccinale ou à son utilité sont de plus en plus évoquées³. Deux particularités des vaccins favorisent ces sentiments. D'une part, la diminution de l'incidence des maladies à prévention vaccinale (MPV) rend plus complexe la perception de leur sévérité, les risques sont alors focalisés sur le vaccin administré. D'autre part, les vaccins ciblent des personnes en bonne santé et sont recommandés, voire imposés, par les autorités politiques et médicales, ce qui tend à diminuer la tolérance aux éventuels effets secondaires⁴.

En 2011, le groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), établi par l'OMS, s'inquiète de la réticence à l'égard des vaccins présente dans les pays développés et en voie de développement⁵. Un groupe de travail a été créé spécifiquement (2012) et l'a définie comme suit :

" 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 sous-estimation du danger [nécessité du vaccin non perçue], la commodité [accessibilité] et la confiance [envers le vaccin ou le fournisseur] "

L'Europe a connu, en 2011, l'une des plus

grandes épidémies de rougeole dans le monde avec plus de 30.000 cas déclarés dont 675 en Belgique^{6,7}. Parmi les 607 cas belges dont le statut vaccinal était connu, 73 % n'étaient pas vaccinés. Entre 2000 et 2010, peu de pays européens, dont la Belgique, avaient maintenu l'objectif fixé par l'OMS permettant d'assurer une immunité de groupe suffisante (95 % de couverture pour les deux doses du vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons⁷). Une lente accumulation de population susceptible a permis la propagation de l'épidémie.

Le principal déterminant de réticence dans le continent européen concerne la sécurité vaccinale⁸. Selon Larson *et al.*⁸, l'Europe est la région du monde où celle-ci est la plus contestée : 41 % des participants français et 36 % des participants bosniaques affirment que les vaccins ne sont pas sûrs, comparé à un pourcentage moyen de 13 % (67 pays compris dans l'étude). C'est également en Europe que l'on trouve les plus hautes moyennes de réponses négatives concernant l'importance (8 %), la sécurité (17 %) et l'efficacité (11,3 %) des vaccins (moyennes calculées au travers de tous les pays de chaque région de l'OMS)².

En Flandres, les raisons principales expliquant une vaccination pédiatrique incomplète sont la sous-estimation du danger des maladies ciblées par les vaccins, la perception d'une non-efficacité des vaccins et une absence de recommandation par le praticien⁹. En Wallonie et à Bruxelles (2012), 2,1 % et 3,9 % des enfants n'étaient pas vaccinés selon le schéma recommandé, mais les raisons n'ont pas été investiguées en détails¹⁰.

Selon une enquête, les taux de refus des vaccins restent faibles en Wallonie (2 %), mais montrent malgré tout une légère hausse¹¹. En 2009, les refus pour le vaccin trivalent (RRO) et celui du virus de l'hépatite B étaient estimés à moins de 1 % tandis qu'en 2015, ce chiffre a presque doublé. Les refus du vaccin pneumococcique sont également montés pour

atteindre 2,6 % en 2015. Le vaccin contre le méningocoque de type C montre une nette tendance à la hausse ces dernières années (1 % en 2009 contre 3,9 % en 2015). Enfin, les taux de refus concernant le vaccin contre le rotavirus restent stables depuis 2012, mais proches de 6 %. Cette même enquête montre que l'obligation vaccinale gêne 9,2 % des parents. 7,6 % estiment que les enfants ne devraient pas être vaccinés selon le schéma recommandé, mais les raisons de ces opinions n'ont pas été explorées¹¹.

En Belgique, comme ailleurs, la proportion de parents " hésitants " est difficile à évaluer car certains parents suivent les schémas recommandés malgré leurs réticences^{2,8,9}. Selon les recommandations du groupe de travail (SAGE) sur l'hésitation vaccinale, chaque pays doit déterminer précisément les facteurs de réticence présents dans leur contexte⁵. Les études sur le sujet sont peu nombreuses dans notre pays et particulièrement en région francophone. Nous avons donc mené une étude qualitative à Bruxelles, sous forme d'entretiens collectifs regroupant plusieurs parents. Notre objectif était d'une part d'identifier les raisons expliquant l'adhésion, le refus ou le désir de modification du calendrier vaccinal et d'autre part de connaître les sources d'informations consultées ainsi que les suggestions d'amélioration proposées.

MATERIEL ET METHODES

Design de l'enquête

Nous avons réalisé une étude qualitative sous forme de *focus groups* afin de collecter les idées, impressions et points de vue des parents concernant la vaccination pédiatrique. Il s'agit d'entretiens collectifs (4-12 personnes) menés par deux " animateurs " qui balaient différents thèmes à l'aide de questions ouvertes, regroupées dans un " guide d'entretien " (annexe 1)¹². Le premier entretien a servi d'étude pilote pour évaluer la clarté des questions posées. Ce guide était progressivement adapté au long de la collecte des données. Un questionnaire démographique était distribué à chaque fin de séance (annexe 2). Nos critères d'inclusion étaient : être parent d'un enfant de 6 ans ou moins et ne pas travailler dans le monde (para-)médical.

Après avis favorable du Comité d'Éthique de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, les parents ont été recrutés par une invitation déposée dans les crèches et écoles de différentes communes bruxelloises. Celle-ci a également été diffusée par les réseaux sociaux. Les écoles ont été différenciées selon leur appartenance ou non au statut " discrimination positive " (décret belge du 9/02/2011). Celui-ci est attribué aux 12,5 % des écoles les moins favorisées de la Communauté française, sur base de critères socio-économiques, pédagogiques et culturels.

La figure 1 présente notre échantillon. Sur la totalité des personnes contactées, quarante-huit parents ayant répondu à l'invitation remplissaient nos

critères d'inclusion. Nous nous sommes entretenus auprès de 24 d'entre eux, l'autre moitié ayant été perdue de vue. Parmi les parents retenus, sept étaient issus d'écoles à discrimination positive.

Collecte et analyse de données

L'anonymat était garanti et l'accord des participants pour l'enregistrement sonore a été obtenu lors de chaque séance. Un consentement écrit n'était pas nécessaire vu la libre participation à la discussion. A chaque fin de séance, un compte-rendu de nos impressions était établi. Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot et ont été relus par chacun des trois investigateurs. Ils ont ensuite été codifiés à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative appelé *NVivo* (NVivo11 Pro). L'analyse a été débutée dès le premier entretien. Les idées émergentes ont été classées en différents thèmes, classés à leur tour en catégories (définies préalablement ou découlant de l'analyse).

RESULTATS

Description de l'échantillon

Sept entretiens (24 parents) ont été réalisés de février à avril 2017 d'une durée moyenne de 70 minutes (37-114 min). L'arrêt des entretiens a été décidé par l'absence d'idées nouvelles par rapport aux entretiens précédents (saturation d'information atteinte). L'étude pilote a été incluse dans nos résultats étant donné le bon déroulement de la séance.

Les caractéristiques démographiques des participants sont représentées sur la figure 2 et ont été différenciées selon l'attitude à l'égard de la vaccination. La consultation de plus d'un professionnel de santé pourrait être associée à une attitude réticente. 9 parents ont suivi le schéma recommandé malgré leurs préoccupations face à la vaccination.

Description des résultats

Les différentes informations obtenues ont été classifiées en 6 points. Le tableau 1 regroupe des citations de parents illustrant nos résultats.

Inquiétudes autour de la vaccination, des vaccins et des MPV

La peur des effets secondaires a été abordée dans cinq entretiens. Autisme, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, arthrite, méningite, paralysie, mort, perte de l'audition, de l'ouïe et du langage sont les effets secondaires cités. Aucun participant n'a vécu personnellement les effets rapportés, il s'agit d'expériences de l'entourage ou bien de ce qu'ils ont entendu. Une fois instaurée dans leur esprit, cette peur persiste qu'elle soit fondée ou non (tableau 1). Selon quelques parents, le risque d'une mauvaise réaction aux vaccins est supérieur au risque de contracter la maladie.

Figure 1 : Constitution de l'échantillon. 56 parents ont répondu à notre invitation, 24 d'entre eux ont participé aux *focus groups*.
a. Ne répondaient pas aux critères d'inclusion : enfant > 6 ans et/ou travaillent dans le monde médical/paramédical.
b. Pas de participation soit car non disponibles aux dates proposées soit parce qu'ils n'ont plus répondu.

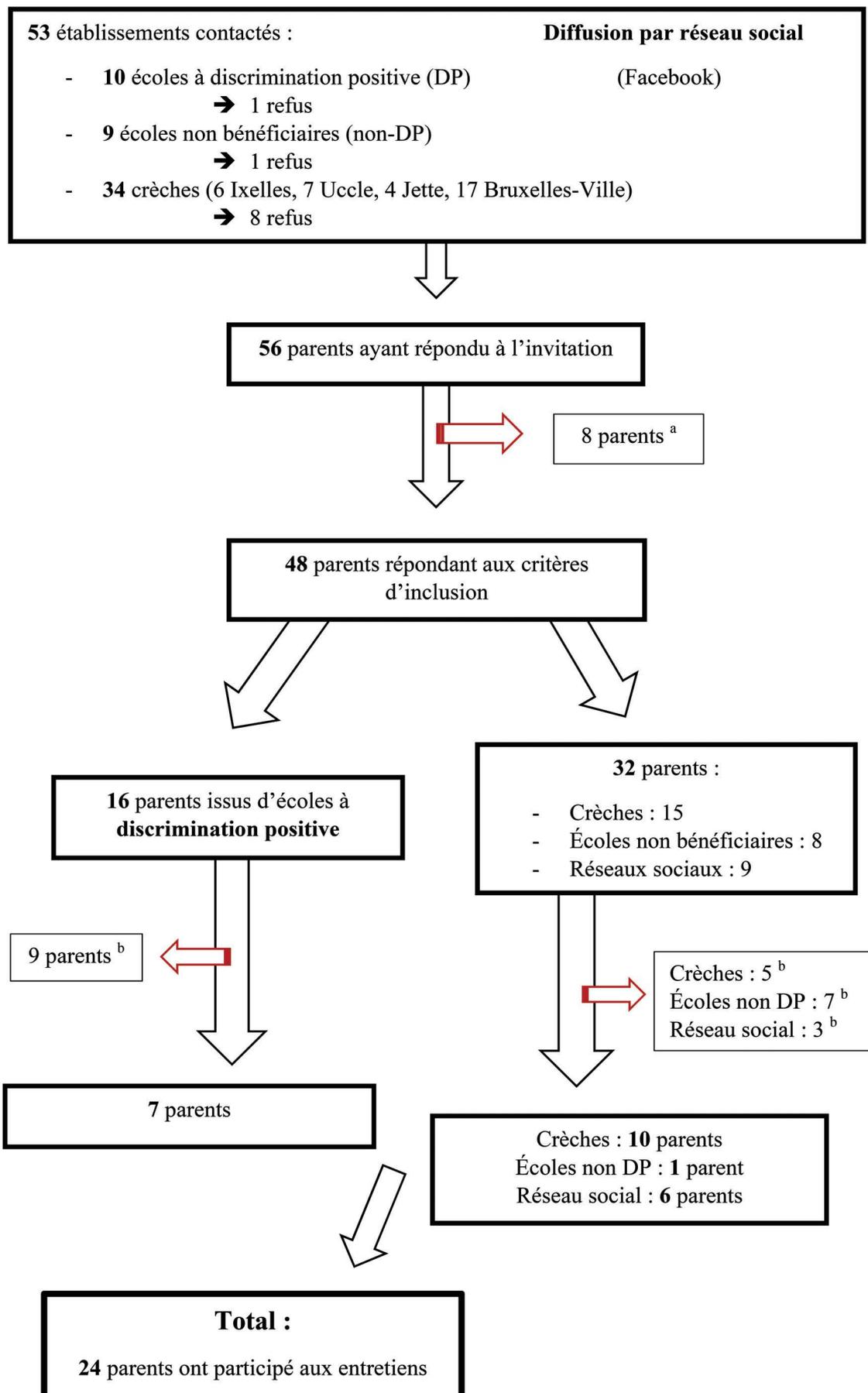


Figure 2 : Caractéristiques démographiques des participants et attitude à l'égard de la vaccination.

Attitude favorable : individus acceptant tous les vaccins, confiants à l'égard du corps médical et convaincus du bienfait de vacciner leur(s) enfant(s).

Attitude réticente : individus ayant refusé ou retardé un ou plusieurs vaccins ou bien exprimant des doutes et préoccupations à l'égard de la vaccination malgré avoir suivi le schéma recommandé.

Caractéristiques démographiques et attitude des participants

Caractéristiques démographiques	N	Attitude	
		Favorable	Hésitant
Âge			
25-35	10	5	5
>35	14	7	7
Genre			
Féminin	21	9	12
Masculin	3	3	0
Diplôme			
Secondaire	5	3	2
Supérieur non universitaire	9	3	6
Universitaire	10	6	4
Profession			
Salarié	17	8	9
Indépendant	1	1	0
Mère au foyer	6	3	3
Nombre d'enfants			
Un	10	4	6
Deux	10	7	3
Trois	3	0	3
Plus de trois	1	1	0
Suivi vaccinal			
ONE	13	8	5
Pédiatre	8	4	4
ONE + Pédiatre	1	0	1
ONE + homéopathe	1	0	1
Pédiatre + homéopathe	1	0	1
Vaccination selon calendrier officiel			
Oui	20	11	9
Non	4	1	3
Fréquentation d'une crèche			
Oui	20	9	11
Non	4	3	1
Total	24	12	12

Trois points du calendrier vaccinal sont remis en question : le nombre de vaccins, l'âge de vaccination " trop précoce " et l'administration de vaccins combinés. Selon eux, l'enfant n'aurait pas une immunité suffisamment robuste pour faire face à un tel " cocktail ".

La composition des vaccins préoccupe de nombreux parents. Deux aspects sont ici évoqués : soit elle leur est inconnue ou même " cachée ", soit la présence d'adjuvants, et en particulier l'aluminium, les inquiète. Cette peur est alimentée par les médias et

parfois relayée par certains professionnels de santé.

Certains vaccins sont considérés comme inutiles car ils offrent une protection contre des maladies jugées peu sévères : la rougeole, les oreillons, la varicelle, le rotavirus ou la coqueluche. Cette perception est fondée sur une expérience personnelle (maladie bénigne vécue dans l'enfance) ou provient d'idées reçues (impression des parents).

L'immunité acquise " naturellement " après développement de la maladie est jugée préférable par

Tableau 1 : Réponses de parents lors des différents focus groups.

Q. Et pour vous quels seraient les effets secondaires graves ?

R. *Ce sont des maladies qui font peur en fait, donc quand on vous dit que le vaccin contre l'hépatite B peut donner la sclérose en plaques... Peu importe, à la limite, que ce soit rationnel ou pas rationnel, justifié par des études ou pas – la peur est là... On devient parano en fait.*

Q. Selon vous qui met en place le programme de vaccination ?

R. *Le Ministère de la Santé [...] Ce qui est perturbant c'est de se dire que tous les protocoles selon les pays sont différents. On est en Europe, des latitudes relativement similaires, pourquoi en Allemagne, c'est un peu quand on veut, pourquoi en France on l'impose à 3 mois, pourquoi en Belgique c'est à 2 mois ?*

Q. Pour vous, le médecin traitant ou le pédiatre sont-ils une source d'information fiable ?

R. *Le lien de confiance avec le personnel médical... Je crois que la maternité et l'accouchement font mettre beaucoup de choses en perspective [...]. Je pense que c'est une manière de travailler qui est ancrée comme ça, en ne se rendant certainement pas compte de la violence que ça peut représenter pour le patient d'être infantilisé constamment, de ne pas être considéré comme un être humain pensant. [...] Ça a vraiment déclenché, et là ce n'est pas la vaccination, c'est vraiment la maternité, la grossesse, une réflexion plus globale.*

Q. Que voulez-vous dire par « honnêteté » ?

R. *Il faut être honnête, je veux dire, il y a une grande majorité où ça va, mais il y a quand même des risques [...] Mais il ne faut pas dire que chaque vaccin c'est 100 %. Déjà de loin on sent que c'est faux.*

Q. Au fond, pourquoi vaccinez-vous vos enfants ?

R. *Moi je le vaccine parce que je veux le meilleur pour lui, je veux le protéger, tout comme je fais attention quand il traverse. Pour moi ça fait partie de l'éducation et de la protection qu'un parent doit apporter à ses enfants [...]. Ce sont des maladies presque mortelles, donc c'est vraiment la protection de son enfant si non, c'est presque de la non-assistance à personnes potentiellement en danger.*

plusieurs participants et appuyée par le pédiatre de l'un d'eux. Certains parents doutent des vaccins plus récents (recul insuffisant, moindre efficacité), d'autres ont l'impression de ne pas avoir pu faire de choix éclairé car la vaccination est trop précipitée.

Enjeux de confiance

De nombreux parents se méfient des entreprises pharmaceutiques qui seraient motivées uniquement par des intérêts financiers. Les vaccins combinés seraient dès lors une ruse pour augmenter leurs bénéfices. Une complicité de l'état et du corps médical, perçu comme corrompu, est également évoquée.

Cette méfiance à l'égard des vaccins est alimentée par trois facteurs : le manque d'uniformité du discours des soignants ; les différences de réglementation vaccinale autorisant la fréquentation des milieux d'accueil et la variabilité du calendrier vaccinal à l'échelle régionale et internationale (tableau 1). Les médias et l'entourage amplifient parfois cette absence d'uniformité et alimentent la confusion des parents.

Certains parents ont l'impression que les effets secondaires et le contenu des vaccins sont masqués. Plus rarement, les parents évoquent leur impuissance et frustration face à une non-reconnaissance de ces effets indésirables par les autorités médicales ou politiques.

D'une manière plus globale, le paternalisme de certains soignants a rendu plusieurs participants méfiants à l'égard du monde médical (tableau 1). Cette méfiance s'étend parfois à de plus vastes domaines (politique, médiatique ou agro-alimentaire).

Information disponible et communication

La majorité des parents juge que l'information fournie et la communication des soignants est insuffisante ou inaccessible.

Nombreux d'entre eux considèrent que l'information, entre autres à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), est " rébarbative " ou louche car " trop en faveur de la vaccination " (tableau 1). Il leur semble impossible d'établir un dialogue.

Quelques parents favorables à la vaccination considéraient l'information suffisante et étaient rassurés par le discours univoque de l'ONE.

Les sources consultées sont illustrées sur le tableau 2. Les préoccupations de la majorité des parents réticents provenaient de sources vagues, ils ne faisaient pas de recherches particulières pour confirmer ou réfuter leurs inquiétudes. Les professionnels de santé constituent une source d'information importante autant pour les parents favorables que réticents à la vaccination.

Influences sur la prise de décision

La décision de vacciner son enfant est influencée positivement ou négativement par plusieurs facteurs représentés sur le tableau 3. Ceux-ci ont été classés en trois catégories : l'influence des soignants, de l'entourage et des médias et du vécu personnel. La perception du risque de contracter une MPV, ainsi que la sévérité perçue, influencent également leur décision.

L'obligation instaurée par les autorités communales ou par les milieux d'accueil incite les parents à accepter la vaccination, parfois contre leur gré. Les avis relatifs à cette imposition sont partagés. Si pour certains il s'agit de mesures indispensables vis-à-vis de la protection infantile, pour d'autres cette

Tableau 2 : Sources consultées en fonction de l'attitude à l'égard de la vaccination. En italique sont présentées quelques citations issues des entretiens.

	Favorable	Hésitant
	1 parent	3 parents
Recherche active d'informations	Internet : littérature « scientifique » <i>" L'existence d'un consensus scientifique sur la vaccination [...], moi je fais confiance à cela "</i>	Internet : " Initiative citoyenne " " Plateforme pour une naissance respectée " Web 2.0 : Facebook Ouvrages : " La (bonne) santé des enfants non vaccinés " Médias : reportages Soignants : pédiatres, sages-femmes, Ø confiance Entourage proche <i>" Je prends les infos et je me positionne en fonction "</i>
Pas de recherche d'informations	11 parents Soignants : Pédiatre, ONE Entourage proche (amis) <i>" Surtout le pédiatre et le médecin "</i>	9 parents Internet : Google, aucun site précisé Web 2.0 : Facebook Médias : reportages, presse écrite, RTL Soignants : ONE Entourage proche et " lointain " <i>" Plus ce que l'on entend "</i>

Tableau 3 : Facteurs influençant la décision des parents selon leur attitude face à la vaccination.

	Influence (+) (-) ou (+/-)	Favorable N	Hésitant n
Entourage et Médias	(-) Peur, méfiance	2	11
Vécu	(-) MPV déclarée malgré vaccination → <i>Efficacité du vaccin</i> " Bénignité " d'une MPV vécue dans l'enfance → <i>MPV jugées non sévères</i>	Ø	3
	(+) Enfants vaccinés n'ont pas eu de problèmes : rassure MPV vécue par l'enfant : regrets de ne pas avoir vacciné → <i>Vaccination pour futur enfant</i>	1 Ø	1 1
Soignants	(+) Confiance ou expertise reconnue	8	4
	(+/-) Imposition, culpabilité → <i>Pression par les soignants</i>	Ø	3
	(-) Non recommandation	Ø	3
Influence positive (+) : veut vacciner son enfant Influence (+/-) : accepte la vaccination mais à contrecoeur Influence négative (-) : hésite ou refuse certains vaccins ou bien rend le parent sceptique			

obligation va à l'encontre de leur libre-arbitre. Par ailleurs, ils se sentent désavantagés par rapport aux parents dont les enfants ne fréquentent pas les milieux d'accueil. Ces derniers ont l'avantage de pouvoir suivre un calendrier vaccinal " personnalisé ".

Raisons d'une attitude favorable envers la vaccination

La protection de l'enfant, la norme sociale, la confiance dans les politiques de santé publique et le

personnel de santé sont des facteurs favorables évoqués lors des entretiens (tableau 1). Les parents précisent par ailleurs qu'ils ne se renseignent pas particulièrement et qu'ils font confiance aux recommandations.

Suggestions d'amélioration

Le souhait d'informations générales, mais présentées de manière équilibrée, a été évoqué dans

six groupes d'entretien. Les parents accordent beaucoup d'importance au " partage d'expérience " en plus de celle accordée aux professionnels de santé : ils aimeraient également obtenir des informations extérieures au monde scientifique. Enfin, il a aussi été suggéré de fournir l'information suffisamment tôt, avant les consultations de vaccination. Les différentes suggestions sont regroupées dans le tableau 4.

DISCUSSION

Nous avons choisi de mener une étude qualitative sous forme de *focus groups* à Bruxelles. Les études qualitatives sont des études à visée exploratoire et diffèrent des études scientifiques classiques, entre autres par leurs objectifs. Il ne s'agit pas de réaliser des statistiques ou de valider une théorie, mais plutôt de recueillir des opinions, des attitudes et d'émettre des hypothèses. Cette méthode, appliquée à la réticence à la vaccination pédiatrique, a permis de connaître le point de vue des parents et de proposer des interventions ciblant leurs besoins. Une information qui ne répond pas aux attentes du public cible peut renforcer cette réticence¹³ et les stratégies les plus efficaces sont celles adaptées aux préoccupations spécifiques des parents^{14,15}. Plusieurs travaux ont insisté sur l'importance de mener des études qualitatives pour permettre d'avoir un regard nouveau et peut-être plus créatif sur le sujet^{5,14}.

Au Royaume-Uni, trois ans avant l'incorporation du vaccin HPV (*Human Papillomavirus*) dans le calendrier vaccinal (2008), des *focus groups* ont été menés auprès de parents pour évaluer leur attitude face à ce nouveau vaccin. Cette enquête, combinée aux partenariats avec le public cible (sondage des brochures les plus convaincantes, communication avec les adolescents par réseau social), a permis de mieux préparer la campagne de vaccination. Malgré les difficultés spécifiques à ce vaccin, la campagne a été un véritable succès (75 % de couverture en 3 mois) et la couverture vaccinale des adolescentes n'a fait qu'augmenter au fil des années^{16,17}. Ce type d'enquête et d'approche plus participative a donc démontré son efficacité et doit être utilisée de manière complémentaire aux méthodes traditionnelles, particulièrement dans le domaine de la prévention.

Importance perçue des vaccins

Certains parents ont souffert de MPV dans leur enfance (rougeole, oreillons, coqueluche) dont l'évolution s'est révélée favorable. Celles-ci leurs semblent dès lors bénignes et confortent leur préférence d'une immunité naturelle. D'autres parents estiment que l'enfant n'est pas à risque, par son âge et son environnement, de contracter certaines maladies (tétanos, hépatite B). Ainsi, ils hésitent voire refusent certains vaccins. Comme le montre la littérature¹⁴, la perception de la sévérité ou de la susceptibilité à l'égard des maladies, influence l'attitude des parents.

Tableau 4 : Suggestions proposées par les participants des 7 entretiens pour améliorer les sources d'information sur la vaccination et leur communication.

	Informations
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Générales <i>Pourquoi ? Contre quoi ? Symptômes des MPV ? Effets secondaires ? Âge des différents rappels ?</i> • Précises <i>Obligatoires ? Facultatifs ? Composition ? Pourquoi vaccins combinés ? Quels vaccins contient chaque nom commercial ?</i> • Tableau bénéfice-risques : informations équilibrées <i>Bénéfices et risques de vacciner</i> <i>Bénéfices et risques de ne pas vacciner</i> • Avis divergents, différents témoignages <i>Retour d'expérience de personnes refusant les vaccins, suivi, conséquences etc.</i> • Raisons des différences nationales/internationales
Forme de l'information <i>Milieu scientifique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oral : " consultations spéciales " <i>Fin de grossesse, maternité, 1^{ères} visites ONE</i> • Vidéos avant-après <i>Témoignage d'anciennes MPV</i> • Ecrit
<i>Milieu « vulgarisé »</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Brochures concises, liens vers sources exhaustives, internet</i> • Discussion différents intervenants <i>Sages-femmes, médecins, individus en faveur et contre, homéopathes, représentants des firmes etc.</i> • Formation en secondaire <i>Initiation au concept de vaccination</i>
Professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Explications avant et pendant la vaccination <i>Quel vaccin ? Contre quoi ?</i> • (+) de dialogue, d'écoute, (-) virulents <i>Être à l'écoute d'éventuels effets secondaires</i> • Harmonisation du discours médical

D'autre part, la variation du calendrier vaccinal dans le temps ainsi qu'au niveau régional et international diminue l'importance de certains vaccins aux yeux des parents. Expliquer les raisons de ces différences (épidémiologie, financement des soins de santé)¹⁵ pourrait influencer favorablement l'attitude à l'égard de la vaccination. L'uniformisation, dans la mesure du possible, des calendriers vaccinaux, pourrait, selon nous, être bénéfique.

Précipitation et obligation vaccinale

Notre enquête a montré que les parents se sentent " jetés " dans le protocole de vaccination sans aucune information préalable. Cette précipitation est mal vécue et plusieurs parents souhaiteraient être informés sur les vaccins dès la grossesse. Il ne s'agit pas forcément de contester la vaccination, mais plutôt de la comprendre et de l'anticiper. Certains parents proposent même d'inclure un cours sur la vaccination dans l'enseignement secondaire. Autrefois, cela n'était pas nécessaire vu la haute incidence des MPV, mais cette suggestion prend aujourd'hui toute son importance. Cette volonté d'être informé plus tôt et en-dehors des consultations de vaccination est retrouvée dans la littérature^{18,19}.

Plusieurs parents sont contrariés par l'obligation vaccinale (communale ou dans les crèches) et par les vaccins combinés, car ils se sentent dépossédés de leurs choix. Cette insatisfaction doit être interprétée à la lumière d'une tendance sociale revalorisant l'individu. Celui-ci est encouragé à prendre des décisions réfléchies et éclairées et ce, y compris en matière de santé²⁰. Cela explique en partie pourquoi les parents qui acceptent « passivement » la vaccination peuvent parfois douter de leur décision.

Sécurité vaccinale et méfiance

La crainte des effets secondaires à court et à long terme, même en l'absence de preuve scientifique établissant un lien de causalité, demeure la principale source d'inquiétude parentale. Cette peur cible parfois des vaccins particuliers (vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons et autisme, vaccin du virus de l'hépatite B et sclérose en plaques), mais il s'agit souvent d'une crainte floue suite à l'administration de tout vaccin. Aucun participant n'a personnellement vécu les effets rapportés. Les parents hésitants citent les médias ou l'entourage comme source initiale de leurs préoccupations. Cependant, rares sont ceux qui poursuivent des recherches approfondies et se rapportent à des sources concrètes. Cette influence de la publicité négative sur l'attitude à l'égard de la vaccination a été démontrée dans de nombreuses études^{18,19}.

La méfiance, particulièrement à l'égard de l'industrie pharmaceutique, s'est révélée être un important facteur de réticence. Cette méfiance se base sur d'anciens scandales pharmaceutiques, mais aussi sur les informations véhiculées par les médias. C'est

un manque de transparence qui est mis en évidence et de nombreux parents sont demandeurs d'informations indépendantes des firmes ou du gouvernement¹¹⁻¹⁹.

Par ailleurs, l'importance accordée aux expériences rapportées est également soulignée par plusieurs participants. Ce sont des situations concrètes, à forte connotation émotionnelle, perçues comme " plus proches " de leur réalité. Yaqub *et al.* retrouvent ce rôle principal joué par l'entourage²⁰ qui démontre l'aspect diffus, voire aléatoire, des sources d'information influentes. À l'inverse, les renseignements fournis par les professionnels de santé semblent suffisants pour les parents favorables à la vaccination, ces derniers ne semblent pas troublés par les informations hasardeuses qui circulent. La relation de confiance entre patient et professionnel de santé revêt une importance capitale et entraîne une prise en charge optimale des patients.

Rôle des professionnels de santé

Quelques parents signalent que le paternalisme de certains professionnels de santé est à l'origine de leur méfiance. Celle-ci découle d'expériences médicales antérieures à la vaccination (hospitalisations, grossesse, allaitement) et s'est accentuée lors de la période de vaccination. Ils désirent plus de dialogue et d'écoute de la part des soignants et particulièrement lors des consultations dédiées à la vaccination (ONE ou autre). Les consultations sont parfois vécues comme " à la chaîne ". Or, la confiance du public n'est pas obtenue en imposant un point de vue, mais elle se base plutôt sur le dialogue et l'échange d'information, comme précisé par Larson *et al.*¹⁵

De nombreux parents ne sont pas rassurés par la diversité du discours médical. Ils soulignent l'importance d'une harmonisation de ce discours car il devrait y avoir une seule voix en matière de santé. D'autres parents estiment que les professionnels de santé manquent de nuances. L'information est trop dirigée vers les vaccins et donne l'impression de " cacher " quelque chose. Contrairement aux résultats de Yaqub *et al.*, le contenu de l'information semble tout aussi important que la crédibilité de la source²⁰. Dans les deux cas, la méfiance qui en découle favorise la recherche d'informations supplémentaires (internet, médias et entourage). Si certains se positionnent du côté de la littérature " antivaccin ", nombreux sont les parents qui se retrouvent incapables d'opter pour une attitude claire vu le manque de modération des sources consultées. Notre étude, supportée par les données de la littérature¹⁹, montre le besoin d'accéder à une information équilibrée sur la vaccination.

Enfin, les parents rapportent que la confiance dans le professionnel de santé consulté représente le moteur principal les amenant à accepter la vaccination. Beaucoup ne ressentent pas le besoin de se renseigner davantage. De même, un soignant réticent est tout aussi influent : une mère n'ose pas vacciner sa fille contre la rougeole, bien qu'elle ait peur de la maladie, car sa pédiatre le lui a déconseillé. De nombreuses

études ont montré l'influence décisive des professionnels de santé sur l'acceptation de la vaccination et ont souligné l'importance de comprendre les enjeux de réticence au sein du corps médical^{3,21,22}.

LIMITES

L'un des deux animateurs de chaque *focus group* était un pédiatre ce qui pourrait avoir induit un biais de désirabilité sociale (tendance à donner des réponses vues favorablement par les interlocuteurs) même si nous n'en avons pas systématiquement informé les parents afin de diminuer celui-ci. Le ratio homme/femme n'était pas équilibré et ne nous a pas permis d'explorer suffisamment l'opinion des pères. Le recrutement sur base volontaire entraîne un biais de sélection qui ne nous permet pas de généraliser nos résultats. Par ailleurs, les entretiens n'étaient pas toujours constitués de quatre personnes, mais cela nous a permis d'approfondir certains points plus en détail. Enfin, la petite taille de l'échantillon peut limiter l'interprétation de nos résultats. En revanche, une force de cette enquête est l'établissement d'un compte rendu de l'entretien avec les participants à chaque fin de séance. Nous leur avons également envoyé notre travail et avons intégré leurs remarques. Enfin, les biais de rappel ont été diminués en incluant des parents d'enfants de six ans ou moins.

PERSPECTIVES FUTURES

Pour répondre aux enjeux de réticences il est nécessaire d'adopter diverses stratégies, il n'y a pas de solution miracle, mais trois pistes nous semblent intéressantes. D'abord, offrir différents niveaux d'informations (informations générales et liens vers informations exhaustives) présentées sous différentes formes (information sur papier et sur internet ou réseaux sociaux, séances interactives avec divers participants, introduction aux vaccins dans le programme scolaire). Ensuite, améliorer la communication du personnel soignant (sages-femmes, gynécologues, kinésithérapeutes, pédiatres, pharmaciens, médecins généralistes, infirmiers etc.) sur le sujet. Il est crucial d'écouter les patients, identifier leurs peurs spécifiques et favoriser un dialogue respectueux pour éviter qu'ils ne se sentent jugés, tout en leur fournissant l'information objective nécessaire à leur décision. L'entièreté du personnel soignant est ici impliquée car chacun a une relation particulière et privilégiée avec les patients. Nous devons par conséquent également comprendre et identifier les éventuels enjeux de réticence au sein des professionnels de santé. Enfin, évaluer nos stratégies à l'aide de partenariats avec les patients nous semble primordial. Cette méthode, déjà largement utilisée par d'autres pays ou communautés, est recommandée par de récentes études en sciences sociales²³. Favoriser un dialogue avec notre population, entre autres sous forme de *focus group* ou de partenariats avec les patients, semble une option intéressante pour continuer à progresser.

Conflits d'intérêt : néant.

Remerciements : Les auteurs remercient tous les parents qui ont donné de leur temps pour témoigner lors de ces entretiens. Nous remercions également particulièrement Mesdames B. Swennen et E. Robert pour leurs précieux conseils ainsi que Madame R. Bensliman pour avoir partagé avec nous son expérience sur cette captivante méthode de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. (Consulté le 26/08/2016). Campagnes mondiales de Santé Publique de l'OMS. [Internet]. <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/infographic/fr/>
2. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG *et al.* The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016;12:295-301.
3. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines*. 2015;14(1):99-117
4. Gust DA, Darling N, Kennedy A, Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*. 2008;122(4):718-25.
5. World Health Organisation. (Consulté le 14/03/2017). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf
6. Institut de Santé Publique. (Consulté le 24/03/2017). Rougeole [Internet]. <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Rougeole.pdf>
7. Carrillo-Santistevan P, Lopalco PL. Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate? *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*. 2012;18 Suppl 5:50-6.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. (Consulté le 14/12/2016). Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate [Internet]. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/vaccination-motivating-hesitant-populations-europe-literature-review.pdf>
9. Swennen B, Van Damme P, Vellinga A, Coppieters Y, Depoorter AM. Analysis of factors influencing vaccine uptake: perspectives from Belgium. *Vaccine*. 2001;20 Suppl 1:S5-7;discussion S1.
10. Robert E, Dramaix M, Swennen B. Vaccination coverage for infants: cross-sectional studies in two regions of Belgium. *BioMed Res Int*. 2014:838907.
11. Provac-ULB-École de Santé Publique. (Consulté le 30/09/2016). Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles exceptée) 2015 [Internet]. https://www.researchgate.net/profile/Beatrice_Swennen/publication/305882000_Enquete_de_couverture_vaccinale_des_enfants_de_18_a_24_mois_en_Federation_WallonieBruxelles_Bruxelles_exceptee_2015_E_Robert_et_B_Swennen_Provac-ULB_Ecole_de_Sante_Publique-ULB_Rapport_2015/links/57a467cc08aee07544b2cea1/Enquete-de-couverture-vaccinale-des-enfants-de-18-a-24-mois-en-Federation-Wallonie-Bruxelles-Bruxelles-exceptee-2015-E-Robert-et-B-Swennen-Provac-ULB-Ecole-de-Sante-Publique-ULB-Rapport-2015.pdf
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.

13. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014;133(4):e835-842.
14. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014;32(19):2150-9.
15. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet Lond Engl*. 2011;378(9790):526-35.
16. Noakes K, Yarwood J, Salisbury D. Parental response to the introduction of a vaccine against human papilloma virus. *Hum Vaccin*. 2006;2(6):243-8.
17. Salisbury D. (Consulté le 22/05/2017). We have a new vaccine: Now what are we going to do with it? [Présentation PDF] Advanced Course of Vaccinology (ADVAC); 2017 mai.
18. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33(34):4191-203.
19. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD011787.
20. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med* 1982. 2014;112:1-11.
21. Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, deHart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *N Engl J Med*. 2009;360(19):1981-8.
22. Schmitt H-J, Booy R, Aston R, Van Damme P, Schumacher RF, Campins M, et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med*. 2007;5:11.
23. Nihlén Fahlquist J. Vaccine hesitancy and trust. Ethical aspects of risk communication. *Scand J Public Health*. 2018;46(2):182-8.

Correspondance :

P. SMEESTERS
Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)
Département de Pédiatrie
Avenue Jean-Joseph Crocq, 15
1020 Bruxelles
E-mail : Pierre.smeesters@huderf.be

Travail reçu le 3 janvier 2018 ; accepté dans sa version définitive le 4 avril 2018.

Guide d'entretien

- **Pour commencer : Quand avez-vous commencé à vous poser des questions à propos de la vaccination ? Quand a eu lieu " votre premier contact " ?**

Idées :

- Naissance premier enfant
- Consultations prénatales
- Toujours
- Première consultation avec le pédiatre.

- I. " En tant que parent, vous avez probablement déjà été confronté à la question de la vaccination. Pouvez-vous me raconter quelle en est votre expérience ? "**

Idées :

- Prise en charge par le personnel soignant
 - o Disponible, à l'écoute, jugeant, rassurant etc.
- Réactions personnelles
 - o Écouté, compris, obligation, peur, sûreté etc.
- Réactions de votre enfant (*cibler d'éventuelles peurs/croyances*)
 - o (...)
- Informations reçues/recherchées
 - o Qu'avez-vous déjà entendu ?
 - o Où avez-vous entendu cela ?
 - o Pertinence, accessibilité, suffisantes, confiance, sources consultées

- II. " D'après vous, qu'est-ce qu'un vaccin ? A quoi servent-ils ? "**

- i. " Comment avez-vous développé ces connaissances ? Comment vous êtes-vous informé ? "**

- III. " Et si maintenant on parle plutôt des opinions : Qu'est-ce qui fait que vous soyez plutôt favorable ou plutôt défavorable aux vaccins ? Quelle est votre position par rapport à la vaccination ? "**

Idées :

- Utilité, sûreté, efficacité, importance, nombre de vaccins etc.
- Votre avis a-t-il changé (favorablement ou défavorablement) dans le temps ?
 - o Si oui, est-ce que vous l'associez à quelque chose de particulier ?
 - o Cet avis concerne-t-il tous les vaccins ?

- IV. " Selon vous, comment pourrions-nous améliorer nos services/mieux répondre à vos attentes ? "**

Idées pour débriefing avec participants en fin d'entretien

Notre objectif est donc d'améliorer la protection des enfants contre les maladies infectieuses. Nous aimerions mieux répondre à vos attentes et questions et, dans la mesure du possible, adapter notre programme de soins selon vos besoins.

- **Que pensez-vous de l'entretien (introduction jusque fin, ambiance, etc.) ?**
 - o Suggestions, remarques particulières ?
 - o Comment vous êtes-vous senti, vis-à-vis de l'équipe et des participants ?
 - o Avez-vous été gêné par quelque chose (enregistrement, attitude des animateurs ?)
- **Concernant l'introduction du questionnaire (après avoir relu avec eux)**
 - o Quel est l'objectif de cette étude ?
 - o Comment l'information sera-t-elle utilisée ?
- **Concernant le respect de l'anonymat**
 - o Est-ce bien introduit ? Ai-je votre confiance ?
- **Concernant le questionnaire démographique**
 - o Que pensez-vous des questions posées ?
 - o Y apporteriez-vous des changements ?
 - o Vous semblent-elles trop personnelles ?
- **Que pensez-vous des questions posées lors de l'entretien à proprement parler (claires ?) ?**
 - o Sont-elles claires ?
 - o Y apporteriez-vous des changements ?

Annexe 2 : Questionnaire démographique.

- **Quel âge avez-vous ?**

- < 25 ans 25-35 ans > 35 ans

- **Quelle est la langue parlée à la maison ? *plusieurs réponses possibles***

- **Êtes-vous**

- Un homme Une femme

- **Vivez-vous**

- En couple Seul(e) Autre

- **Quel diplôme avez-vous obtenu ?**

- Aucun Ecole secondaire Etudes supérieures
 - Non-universitaires
 - Universitaires

- Quelle est votre profession ?

- **Combien d'enfants avez-vous ? Quel âge ont-ils ?**

- **Qui suit vos enfants ?**

	ONE	Pédiatre	Médecin généraliste	Médecin homéopathe	Autre
Pour les vaccins					
Pour le suivi médical					

- **Ont-ils été vaccinés selon le carnet ONE ?**

- Oui Non Je ne sais pas

- **Ont-ils fréquenté une crèche ?**

- **Comment avez-vous vécu cet entretien ?**