

Faculté de santé publique

**Recueil et signification de facteurs influençant la
position de parents wallons vis-à-vis de la deuxième
dose du vaccin contre la rougeole**

Mémoire réalisé par
Nadège Peel

Promoteur :
William D'Hoore

Co-promotrice :
Paloma Carrillo-Santistevé

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

**Recueil et signification de facteurs influençant la position
de parents wallons quant à la deuxième dose du vaccin
contre la rougeole à leur enfant**

Mémoire réalisé par :
Peel Nadège

Promoteur :
William D'Hoore

Co-promoteur :
Paloma Carrillo-Santistevé

Année académique 2019-2020

**Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée**

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite vivement remercier mes deux promoteurs, William D'Hoore et Paloma Carrillo-Santistevé, pour leurs conseils constructifs et leur disponibilité. Cela m'a été d'une aide précieuse pour réaliser ce mémoire.

Je tiens également à remercier les parents qui m'ont consacré du temps en participant à mon étude, ainsi qu'aux personnes qui m'ont aidée à trouver des participants, sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

Et enfin, je remercie mes parents, mon compagnon et toutes les personnes qui m'ont manifestés leur soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

A. INTRODUCTION	1
1. Description de la problématique	1
2. Objectif de l'étude	3
B. CADRE THEORIQUE	4
1. La rougeole	4
1.1 Transmission	4
1.2 Symptômes	4
1.3 Incidence	4
1.4 Diagnostic.....	4
1.5 Complications.....	5
2. Le vaccin anti-rougeoleux	5
3. L'hésitation vaccinale	7
3.1 Définition	7
3.2 Modèles conceptuels de l'hésitation vaccinale	8
3.3 Déterminants de l'hésitation vaccinale	11
4. Conclusion de la partie théorique	18
C. METHODE	19
1. Méthode de collecte de données	19
1.1 Stratégie d'échantillonnage	19
1.2 Outil de recueil de données	21
1.3 Tableau des caractéristiques de l'échantillon interrogé	22
2. Méthode d'analyse des données	23
D. RESULTATS	25
1. Déroulement de l'étude	25
2. Description de l'échantillon	25
3. Présentation des résultats	26
E. DISCUSSION	41
1. Limites et pistes d'améliorations	41
2. Interprétations des résultats	43
3. Perspectives de recherche	53
4. Recommandations	54
F. CONCLUSION	55
ANNEXES	57
BIBLIOGRAPHIE	63

Table des abréviations

CSS : Conseil Supérieur de la Santé

FWB : Fédération Wallonie Bruxelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

PMS : Psycho-Médico-Sociaux

PSE : Promotion de la Santé à l'Ecole

RRO : Rougeole-Rubéole-Oreillon

SAGE : Groupe Stratégique Consultatif d'Experts

SPSE : Services de Promotion de la Santé à l'Ecole

A. INTRODUCTION

1. Description de la problématique

Ces dernières années, de nombreuses épidémies de rougeole ont fait leur apparition dans toute la Belgique, surtout en Wallonie, devenant un sujet préoccupant pour la santé publique. Les années 2017 et 2019 ont été particulièrement touchés.

Durant le premier semestre de 2017, la Wallonie avait détecté près de 300 cas de rougeole. Dans 89 % de ces cas, le malade n'était pas vacciné ou il ne connaissait pas son statut vaccinal (1). De même que la Belgique qui, pour l'année 2019, enregistre 390 cas, soit trois fois plus que l'année 2018 ayant détecté 117 cas de rougeole (2, 3). La recrudescence touche les trois régions belges, mais la Wallonie est la plus touchée selon Sciensano, avec 179 cas détectés (3).

Le seul moyen de prévenir la maladie est la vaccination. De par son efficacité et sa rentabilité, c'est l'un des plus grands succès de la prévention des maladies infectieuses, permettant de protéger les individus et la collectivité (4, 5). Au niveau mondial, il est estimé qu'entre 2000 et 2016, la vaccination anti-rougeoleuse a permis d'éviter 20,4 millions de morts par an en diminuant la mortalité et la morbidité liée à la maladie. En effet, avant que le vaccin ne soit instauré, on enregistrait tous les 2 - 3 ans des épidémies pouvant causer environ 2,6 millions de décès chaque année (6, 7).

Mais, malgré les preuves scientifiques de son efficacité, la vaccination est encore et toujours remise en question. Une des conséquences des polémiques autour des vaccins est la diminution de la couverture vaccinale, notamment, celui contre la rougeole (7).

Une étude de 2015 – 2016 a évalué la couverture des élèves de sixième primaire en Fédération Wallonie-Bruxelles auprès de centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS). Les résultats sont interpellant : après enquête, seuls 70,2 % des élèves du Brabant Wallon ont reçu la deuxième dose du vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO), contre 87,1 % pour la première dose (8). Toutefois, l'enquête a été réalisée auprès des PSE et SPSE (8). Il se peut que certains enfants n'aient pas été pris en compte car les centres n'ont pas de données vaccinales pour ceux-ci, donnant des sous-estimations de la couverture vaccinale.

D'ailleurs, plusieurs études, datant de 2016 – 2019, rapportent une progression de la couverture de la première dose du vaccin en Wallonie, atteignant 95 %, mais pour la deuxième dose, celle-

ci reste toujours à environ 75 % (9-12). Toutes ces études en concluent que c'est insuffisant par rapport aux objectifs d'élimination de la rougeole de l'OMS (8-12).

Particulièrement en Belgique, un plan d'action a été mis en place sur la période 2016 - 2020 (3, 13). L'objectif global est d'interrompre la transmission de la rougeole à moins d'un cas par million d'habitants sur une période de plus de douze mois, dans le cadre d'une surveillance de haute qualité (6, 13). Pour cela, différentes stratégies sont mises en place pour atteindre une couverture vaccinale à plus de 95 % pour les deux doses et pour toucher les groupes à risque ; que cela soit en matière de vaccination, de surveillance et de sensibilisation (5-7, 10, 11, 13).

Il est important d'également mentionner que le vaccin contre la rougeole n'est pas légalement obligatoire en Belgique (5, 14). L'administration de la deuxième dose du vaccin est un choix qui revient aux parents. Ils peuvent choisir pour une raison ou pour une autre de vacciner ou pas leur enfant de 11 - 12 ans, sans justification, ni sanction. Le cas de la première dose du vaccin est différent. Celle-ci est administrée à l'âge de 12 mois. Si l'enfant fréquente un milieu d'accueil agréé par l'ONE, les parents sont dans l'obligation de vacciner leur enfant contre la rougeole (14, 15).

Parallèlement, la remise en question des vaccins, comme celle du vaccin contre la rougeole, est bien présente au sein de la population. Elle est en partie générée par la propagation d'informations non-scientifiques, erronées et trompeuses venant de sources Internet peu fiables (16). La fraude scientifique de Wakefield en 1998, présentant un lien fictif entre l'autisme et le vaccin antirougeoleux, a également touché la population (4, 17, 18).

De plus, dans l'actualité, les « Fake news » des groupes anti-vaccins se multiplient. Ils excellent dans l'art d'utiliser les récentes épidémies de rougeole pour justifier leurs idées et répandre le doute et la peur dans la population (16).

Ces constats étant établis, une série de questions ont émergé.

Pourquoi en Wallonie, la couverture vaccinale est si faible ? Pourquoi certains parents wallons décident-ils d'administrer la deuxième dose contre la rougeole à leur enfant et d'autres pas ? Comment améliorer la couverture de la deuxième dose du vaccin anti-rougeoleux ?

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de connaître certains des facteurs qui peuvent influencer la décision des parents wallons d'administrer ou pas la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant. Et quel sens les parents donnent-ils à ces facteurs, afin de mieux comprendre le processus de prise de décision.

Connaître en détail ces explications, permettra d'orienter les professionnels de santé afin qu'ils adaptent leurs stratégies de prévention à la population de la Région wallonne. Une approche personnalisée pourrait permettre d'atteindre les objectifs de l'OMS pour la couverture vaccinale du vaccin contre la rougeole.

Ce mémoire-recherche de type qualitatif est constitué de deux parties.

La première fait référence au cadre théorique. Il définit les différents concepts liés à la question de départ afin de mieux les comprendre dans leur globalité et leur complexité.

La deuxième évoque d'abord la méthode utilisée pour la mise en œuvre d'entretiens semi-directifs avec des parents d'enfants de 11-13 ans. Elle se compose de plusieurs sections : la description et le choix du public cible, l'élaboration de la grille d'entretien, la méthode de collecte de données et la méthode d'analyse utilisée.

Ensuite, les résultats des entretiens seront exposés.

Puis, ceux-ci seront analysés et discutés dans la partie discussion. Il y aura également un passage pour les recommandations et perspectives futures.

Et enfin, ce travail se terminera par une brève conclusion.

Ce travail est donc réalisé selon la structure IMRD (Introduction – Méthode – Résultats – Discussion).

B. CADRE THEORIQUE

1. La rougeole

1.1 Transmission

La rougeole est une infection virale très contagieuse qui peut se transmettre de deux façons. Soit directement, par contact du malade à la personne saine ; soit indirectement, par la présence du virus dans l'air ou sur une surface contaminée par les sécrétions naso-pharyngées (6, 10, 19, 20). Ainsi, une personne non protégée contre la rougeole à 90 % d'être contaminée si elle est en contact avec le virus (20, 21). Une fois infectée, les symptômes de la rougeole apparaissent après une période d'incubation d'environ dix à douze jours (6, 10, 19, 21).

1.2 Symptômes

La période de manifestation des signes de la maladie peut se diviser en deux phases. D'abord, la phase catarrhale qui dure entre deux à cinq jours, durant laquelle apparaît une fièvre, une toux, une rhinite (inflammation et gonflement des muqueuses du nez), un malaise général, une somnolence, une conjonctivite (inflammation de la membrane conjonctive) et une irritabilité. Peu visibles et inconstantes, des taches blanchâtres, à la face interne des joues, apparaissent un jour et demi après la contamination, mais disparaissent avec le début de la deuxième phase. Ensuite, des plaques rouges surviennent sur la peau du visage, puis sur le corps, durant la phase d'éruption maculo-papuleuse qui perdure de trois à sept jours (6, 9, 10, 12, 19).

Le malade est contagieux 4 - 5 jours avant l'apparition de l'éruption cutanée et 4 - 5 jours après (6, 9, 10, 12, 19). En considérant qu'un malade peut contaminer entre 12 à 18 personnes durant la période contagieuse (12, 20-22), l'incidence de la maladie est élevée.

1.3 Incidence

Entre mars 2019 et février 2020, l'incidence en Belgique était de 38,2 cas par million d'habitants (2). En particulier en Wallonie, Sciensano l'estime à 52 cas par million de sujets (23).

1.4 Diagnostic

Le diagnostic se fait sur la base des symptômes cliniques décrits précédemment. Mais il doit être confirmé par un test de laboratoire, par détection d'anticorps dans le sérum sanguin ou la salive (10, 19). D'autres possibilités de diagnostic existent, comme la culture sur prélèvements rhinopharyngés ou urinaires. Dès que la maladie est diagnostiquée, elle doit être déclarée obligatoirement (19).

1.5 Complications

La particularité de la rougeole est qu'elle affecte l'immunité, entraînant une sensibilité accrue aux autres infections (4, 10, 12, 22). C'est pour cela que dans 20 à 30 % des cas, des complications respiratoires et neurologiques surviennent, pouvant nécessiter une hospitalisation. Le plus souvent, elles se caractérisent par une otite et des diarrhées ; et parmi les plus graves, par des cécités, encéphalites, diarrhées sévères, infections auriculaires et infections respiratoires graves telles que la pneumonie (6, 10, 12, 19). La majorité des décès de la rougeole est dû aux complications de cette infection respiratoire (6).

Dans les pays développés, la première cause de décès dû à la rougeole est la pneumonie chez l'enfant et l'encéphalite aiguë chez l'adulte. Cela représente un décès pour mille cas de rougeole (4, 12, 20), ce qui fait de la rougeole un lourd fardeau pour la santé publique (22).

Les personnes les plus vulnérables au risque sont les jeunes enfants non vaccinés, les femmes enceintes, les jeunes adultes et toute personne non-immunisée par le vaccin (3, 6, 12, 24).

Malgré son caractère dangereux et préoccupant, il n'existe pas de traitement antiviral spécifique contre la rougeole ; seuls les symptômes peuvent être atténués (6, 9, 10, 12). Souvent, le malade reçoit un traitement contre la déshydratation, et si nécessaire, des antibiotiques pour traiter les surinfections bactériennes. De la vitamine A est aussi administrée à tout enfant rougeoleux pour pallier à son déficit et aider à prévenir les lésions oculaires et la cécité. Elle peut aussi réduire la mortalité rougeoleuse (6).

2. Le vaccin anti-rougeoleux

Vu l'enjeu pour la santé individuelle et collective, l'importance de la prévention par la vaccination paraît essentielle. En Belgique, le vaccin trivalent RRO a été introduit dans le calendrier vaccinal en 1985 pour la première dose et en 1994 pour la deuxième (10, 12). Depuis, l'incidence de la maladie a diminué de 800 à moins d'un cas pour 100.000 habitants chaque année (10).

Le vaccin contre la rougeole, combiné avec celui contre les oreillons et la rubéole, est bien toléré, efficace, sûr et apporte une protection à vie (6, 10). Leur combinaison permet de diminuer les coûts de distribution et d'administration (6).

La première dose est administrée vers 12 mois. En mars 2019, pour la deuxième, l'âge est passé de 11 - 12 ans à 7 - 9 ans sous la décision du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) afin de mieux contrôler l'élimination de la rougeole dans le pays (3, 9, 10, 12, 25). Cependant, cette nouvelle

recommandation n'a pas encore été intégrée par les communautés dans le calendrier vaccinal (12). Le vaccin est offert de 12 mois à 20 ans par le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui adopte le calendrier vaccinal du CSS (3, 9, 10, 15).

Il est important de noter que la vaccination contre la rougeole n'est pas légalement obligatoire en Belgique, mais vivement recommandée par le CSS (5, 14). Les seules exceptions sont les milieux d'accueil. Un arrêté du gouvernement de la communauté française datant du 27 février 2003 (26), l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) exige que chaque enfant soit vacciné contre la rougeole avant de pouvoir fréquenter les milieux d'accueil (14, 15).

Par contre, en milieu scolaire, la vaccination est régie par le décret du 14/03/2019 organisant la Promotion de la Santé à l'École (PSE) (27).

Le rôle des services de promotion de la santé à l'école (SPSE) est d'informer, de manière proactive, les parents et les élèves sur les vaccins recommandés (par le biais d'un dépliant par exemple), de réaliser un bilan vaccinal, de leur proposer les vaccins au moment opportun, d'effectuer la vaccination si les parents donnent leur accord et d'assurer un suivi (5, 12, 27, 28). Ce sont donc les parents qui décident si leur enfant se fait vacciner ou non lors de la consultation chez le médecin vaccinateur ou en donnant leur consentement lors de visites médicales organisées par l'école. Ils ont donc une certaine liberté de choix.

Pourtant, selon l'OMS, pour que le vaccin contre la rougeole soit efficace à 97 - 99 %, il est important que chacun reçoive les deux doses du vaccin (4, 10, 12, 19). En effet, de 5 à 10 % des individus vaccinés ne répondent pas à la première dose du vaccin anti-rougeoleux, d'où la nécessité de la deuxième dose pour rattraper l'échec du premier vaccin (4, 19).

En plus d'être efficace, ses effets secondaires sont bénins et transitoires. Ils se manifestent entre cinq et dix jours après l'injection. Parmi les réactions systématiques durant 2-3 jours, il y a la fièvre, une éruption cutanée, inflammation locale, vomissement et/ou des douleurs articulaires. Dans de très rares cas, une encéphalite, convulsions fébriles et réactions allergiques sont constatées (4, 10, 12, 18, 19).

3. L'hésitation vaccinale

Ce concept est central dans ce travail. Il n'est pas nouveau, il existe depuis le début de la vaccination, mais il a évolué. Il est donc nécessaire de l'expliquer dans toute sa complexité afin d'avoir un aperçu de ce que tout ce qu'il englobe.

3.1 Définition

Dans le rapport du SAGE sur l'hésitation vaccinale de 2014, le concept est défini comme :

« Un retard dans l'acceptation ou le refus de vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination. L'hésitation à la vaccination est complexe et dépend du contexte, elle varie en fonction du temps, du lieu et des vaccins. Il est influencé par des facteurs tels que la complaisance, la commodité et la confiance. » (20, 29-35).

Par cette définition, il faut comprendre que l'hésitation vaccinale ne résulte pas d'une faible disponibilité d'un vaccin ou d'un manque d'offre ou d'accès à celui-ci. Ce terme ne doit pas s'appliquer dans des situations où les déplacements ou distances sont inacceptables pour accéder au lieu de vaccination, ou encore, s'il y a peu ou une mauvaise communication de la part du programme de vaccination. Ce sont des circonstances dans lesquelles les personnes n'ont pas l'occasion d'accepter ou de refuser un vaccin (29, 30, 32).

Selon une enquête réalisée à Liège (36), quatre profils sont répartis dans la population. Par ordre d'importance, il y a d'abord, les acceptants sans réserve, soucieux de leur santé. Ils sont dans une démarche active et sollicitent la vaccination. Ensuite, les individus qui se sentent peu concernés. Ils posent rarement des questions, ils n'ont aucune crainte à propos de la vaccination ou des maladies. Ils font ce qu'on leur dit, sans démarche active. Puis les hésitants prudents, en constante croissance, qui sont en manque de confiance, ils se posent des questions et se sentent perdus dans l'abondance d'informations perçues. Enfin, les opposants, ils sont peu nombreux, mais ce sont les plus catégoriques et revendicatifs, comme les mouvements anti-vaccins (20, 36). Ce sont les deuxième et troisième groupes qui devront être ciblés par les professionnels de santé afin d'avoir le plus d'influence (20, 29, 30, 36). Ce large éventail de personnes hésitantes, se trouve dans une continuation entre deux extrêmes. Cette position intermédiaire se trouve entre la totale acceptation et le refus radical de tous les vaccins ou une partie de ceux-ci (20, 29, 30, 35) (annexe 1). Et chacun a des motifs et des degrés d'indécisions variés (35).

L'hésitation vaccinale est donc une notion qui recèle des contradictions, d'où des désaccords entre les auteurs. Quelques-uns considèrent que la réticence vis-à-vis des vaccins implique une forte opposition à la vaccination, justifié par une perte de confiance en la vaccination. Tandis

que d'autres considèrent qu'elle est due à l'ignorance, la désinformation, des perceptions erronées (35).

Mais certains auteurs ont voulu aller plus loin que simplement la définir selon un seul facteur. Ils refusent que le terme soit réduit à un type de comportement (non vacciné, en retard ou vacciné) ou à une attitude (leurs idées, opinions, sentiments, intentions). Ils sont bien d'accord que les personnes hésitantes sont placées sur une position intermédiaire. Par contre, cela n'implique pas qu'elles adoptent des attitudes intermédiaires envers la vaccination. Ainsi, ils proposent de considérer l'hésitation vaccinale comme un processus de décision (20, 35).

Ce processus est de nature complexe et changeante. De nombreux déterminants peuvent l'expliquer (17, 29, 31, 35, 37-41). Il fluctue en fonction du vaccin, de la population et du contexte (17, 29, 31, 32, 34, 35, 37-40). En conséquence, aucune stratégie d'intervention ne peut y venir à bout seule (31, 32, 34, 37-39).

Etant donné qu'il n'y a pas de stratégies préconçues et universelles, il est essentiel de comprendre les déterminants de l'hésitation vaccinale de chaque sous-groupe de la population à l'égard du vaccin contre la rougeole. Cela fait d'ailleurs partie des recommandations émises par le groupe SAGE lors de son rapport de 2014 (29). Il souhaite aller au-delà de l'évaluation de la présence de réticences vis-à-vis des vaccins. Il propose de détecter et analyser les sous-groupes présentant un taux de couverture plus faible que la norme, afin de comprendre les facteurs influençant la décision d'accepter ou de refuser la vaccination. En connaissant et en comprenant mieux les facteurs, les options d'interventions seront plus appropriées aux communautés et au contexte (29-31, 37-41).

3.2 Modèles conceptuels de l'hésitation vaccinale

Afin d'étayer la définition énoncée précédemment, des modèles explicatifs aideront à appréhender la complexité du phénomène.

Cartographie bidimensionnelle

Pour caractériser l'hésitation vaccinale, une revue critique propose de la considérer selon deux axes (35). L'axe horizontal représente la culture du risque et l'engagement dans le « santéisme ». Le « santéisme » est la capacité à contrôler ses comportements de santé et utiliser les sources d'information à dispositions pour augmenter son espérance de vie.

Selon un sociologue, nos sociétés contemporaines favorisent la culture du risque. Elles encourageraient les individus à devenir autonome, à se tenir au courant des risques et

opportunités auxquelles ils sont exposés dans leur vie en utilisant des connaissances disponibles et à constamment évaluer les risques et avantages de leurs actions pour leur assurer un avenir sûr (35).

L'axe vertical correspond à la confiance envers les autorités de santé et/ou la médecine.

Ces axes peuvent représenter différents types de réticence : l'hésitation dite « passive » quand la personne est dans l'inaction (« je n'y ai pas pensé. ») ou l'hésitation dite « rationalisée », si l'individu mentionne un processus de réflexion. La cartographie (annexe 2) souligne aussi que les politiques de promotion de la santé encouragent « l'empowerment » et déplacent les personnes horizontalement, mais pas nécessairement verticalement. Il faut donc faire attention à ce que les politiques ne favorisent pas l'hésitation vaccinale (35).

Pour comprendre les multiples facteurs susceptibles d'influencer le processus de prise de décision, le groupe SAGE, constitué par l'OMS, a aussi évalué plusieurs modèles théoriques.

Modèle des 3Cs

Le groupe a évalué un premier modèle : le modèle de confiance, de complaisance et de commodité (3Cs), se basant seulement sur des facteurs individuels (29, 30, 32) (annexe 3).

La confiance désigne la conviction en : l'efficacité et la sécurité des vaccins ; la qualité du système fournisseur, comprenant sa fiabilité et la compétence des services de santé et des professionnels de la santé ; et la transparence des motivations et processus de décision politique (29, 30, 32, 33).

La complaisance est le sentiment de sous-estimation du danger. Elle émerge quand les risques perçus de la maladie évitable par la vaccination sont faibles, et que la vaccination n'est pas considérée comme une action préventive nécessaire. Elle peut être influencée par plusieurs facteurs comme la concurrence avec d'autres responsabilités en matière de santé, considérée comme plus importantes au moment même. Le succès d'un programme de vaccination peut aussi engendrer de la complaisance, en favorisant la disparition en apparence de la menace d'une maladie (29, 30, 32, 33).

La commodité d'un vaccin s'apprécie par la disponibilité physique de l'offre ; son accessibilité économique et géographique ; une capacité à comprendre l'offre (29, 30, 32). Cela couvre aussi le ressenti, perçu et/ou réel, de la relation avec le système de santé et son organisation (lieux, prix, horaires), avec le contexte de vie et les attentes des populations (confort, respect, diversité culturelle, ...) (32, 33).

Matrice des déterminants de l'hésitation vaccinale

L'analyse de ces modèles a confirmé que ce phénomène est complexe et qu'il ne résulte pas que d'un ensemble de facteurs individuels, mais il est influencé par de multiples facteurs interagissant (29, 30, 32, 34, 39-41).

En référence au modèle précédent, le SAGE a élaboré une matrice plus complète qui reflète la complexité des influences contextuelles, des influences individuelles et de groupes, et les questions spécifiques sur les vaccins ou à la vaccination (tableau 1.). Chacune de ses catégories comporte des déterminants issus de sources variées telles que des études de recherches, des expériences de terrain, des discussions avec des experts du domaine de la vaccination, une revue systématique des déterminants et des résultats d'enquêtes sur la vaccination (29, 30, 32, 34).

Tableau 1. Matrice des déterminants du groupe SAGE (29, 31, 32)

Influences contextuelles : Influences liées à l'histoire, aux facteurs socio-culturels, à l'environnement, au système de santé, aux facteurs économiques et politiques	<ol style="list-style-type: none">1) Communication et environnement médiatique2) Leaders d'opinion, promoteur du programme de vaccination et lobbys pro- et anti-vaccination3) Influences historiques4) Religion, culture, genre, facteurs socio-économiques5) Politiques6) Barrières géographiques7) Perception de l'industrie pharmaceutique
Influences individuelles et de groupe : Influences liées à la perception personnelle du vaccin ou influences de l'environnement social et des pairs	<ol style="list-style-type: none">1) Expérience personnelle, familiale et/ou des membres de la communauté vis-à-vis de la vaccination (douleur incluse)2) Croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention3) Connaissances et prise de conscience4) Confiance et expérience personnelle dans le système de santé et les fournisseurs5) Perception du rapport risques/bénéfices6) Vaccination perçue comme norme sociale versus comme inutile ou nocive
Aspects spécifiques des vaccins ou de la vaccination : Facteurs liés au vaccin ou à la vaccination	<ol style="list-style-type: none">1) Rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique et des preuves scientifiques2) Introduction d'un nouveau vaccin, formulation ou recommandation pour un vaccin existant3) Mode d'administration4) Organisation du programme de vaccination/mode d'administration (en routine ou campagne de masse)5) Fiabilité et source d'approvisionnement des vaccins et/ou du matériel de vaccination6) Schémas de vaccination7) Coûts8) Force de la recommandation et/ou bases de connaissances et/ou attitudes des professionnels de la santé

3.3 Déterminants de l'hésitation vaccinale

Contrairement aux déterminants sociaux de la santé (revenu, instruction, emploi, logement, sexe, race, environnement social et physique, service de santé, ...), les déterminants de l'hésitation vis-à-vis des vaccins, tels que l'éducation et le statut socio-économique, n'influencent pas l'hésitation de manière univoque. En effet, l'enseignement supérieur peut être associé à différents niveaux d'acceptations de vaccination. Tandis que comme déterminants de la santé, une meilleure éducation conduit à une meilleure santé (30, 32, 35).

Plusieurs études analysées ont évoqué les raisons de l'hésitation vaccinale. Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont : les croyances sur les risques et la sécurité des vaccins ; le faible risque perçu d'avoir la maladie ; que les vaccins ne fonctionnent pas et ne sont pas nécessaires ; que si la personne est en assez bonne santé, elle n'a pas besoin de vaccin ; qu'il n'y a pas assez de preuves ou de tests effectués sur les vaccins ; qu'il n'y a pas de recommandations sur tel ou tel vaccin ; et qu'il y a un manque de communication sur les vaccins (7, 15, 32, 42).

Particulièrement pour le vaccin contre la rougeole, les préoccupations concernaient : la sécurité du vaccin (34, 43) ; le lien avec l'autisme (cfr. Wakefield, 1998) (4, 17, 18, 43) ; l'inutilité du vaccin, car la maladie est bénigne, pas dangereuse et peut être traitée (4, 17, 33, 36, 39, 41, 43-45) ; le manque d'information ; la perception de preuves insuffisantes de l'innocuité du vaccin ; la contradiction de messages sur le vaccin (7, 17, 32, 41, 43, 45-47) ; la fragilité des enfants face au vaccin contenant trop d'antigènes ; l'âge trop jeune des enfants à vacciner ; les adjuvants, permettant de déclencher la réponse immunitaire (4, 15, 17, 18, 43-45) ; et la création de nouvelles souches de la maladie (42).

Le succès des stratégies de vaccination dépendra donc en partie de la population. Il est nécessaire de mieux connaître les facteurs qui vont conduire à la vaccination ou pas, afin d'adapter les stratégies de vaccination.

Ce qui suit décrit plus en détail chaque déterminant de l'hésitation vaccinale selon la matrice du SAGE.

Influences liées au contexte

1) Communication et environnement médiatique

La communication est un facteur essentiel de l'hésitation vaccinale. Une bonne information peut inciter à la vaccination, mais la désinformation ou une communication inadéquate peut aussi fragiliser la confiance du public en la vaccination et influencer négativement sur leur participation à la vaccination (7, 17, 32, 41, 43, 45-47). Les médias, Internet et les réseaux sociaux ne sont pas étrangers à la désinformation. Ils débattent souvent sur le sujet à l'occasion de scandales et sèment le doute et la peur.

Les groupes anti-vaccins ont aussi des sites Internet. Dans ceux-ci, ils discutent de l'actualité, des effets secondaires, des risques de se faire vacciner et justifient leurs actions anti-vaccinales grâce à cela (17, 33, 36, 41, 43, 46). Il a été démontré que les parents retardant volontairement la vaccination de leur enfant, ou ceux qui ne le vaccinent pas du tout, ont souvent visité ces sites internet (4, 41).

2) Leaders d'opinion et lobbys pro- et anti-vaccination

Les mouvements anti-vaccins ou pro-vaccin pourraient avoir un rôle à jouer dans la prise de décision. Par des sites Internet peu fiables, certains relayent des informations erronées et trompeuses, à propos de la vaccination (16, 36, 43, 45, 46). Ces groupes, partisans de théories du complot, vont parfois jusqu'à évoquer l'idée que les maladies sont créées artificiellement par la vaccination (36).

Des dirigeants locaux, personnalités influentes ou chefs religieux peuvent également être des leaders d'opinion en rassurant ou en inquiétant sur les vaccins (34, 45).

3) Influences historiques

L'étude de 1998 du docteur Wakefield, gastro-entérologue anglais, a fait polémique en affirmant qu'il y avait une association entre le vaccin trivalent RRO et l'autisme. L'affaire frauduleuse a mis le doute et la peur dans les populations. A l'époque, la couverture vaccinale en a subi les conséquences et des épidémies de rougeole sont réapparues. Encore aujourd'hui, cette polémique est reprise pour justifier l'hésitation à vacciner, malgré les nombreuses études discréditant le travail de Wakefield (4, 17, 18, 20, 41, 43, 47, 48).

4) Religion, culture, genre, facteurs socio-économiques

Des recherches ont déclaré que les parents issus de communautés religieuses pensent qu'il ne faut pas interférer avec Dieu. Ils croient aussi que la séparation de leur communauté avec les autres réduit le risque de transmission de maladies infectieuses (15, 42).

Une étude liégeoise a observé que l'hésitation vaccinale se retrouverait plus souvent chez les femmes de plus de 50 ans, ayant fait des études supérieures, ainsi que celles qui se font soigner par de l'homéopathie ou de l'acupuncture (36). Généralement, elles ne sont pas suivies par un médecin qui leur recommande la vaccination (35, 36). D'autres études ont retrouvé les mêmes similitudes. Les vaccinations effectuées étaient en corrélation négative avec l'âge des parents et leur niveau d'éducation (47, 49, 50).

Enfin, une dernière étude ajoute que selon le statut socio-économique, des facteurs peuvent influencer positivement ou négativement la manière dont la personne gère sa santé. Par exemple, en fonction du stress qu'il subit, de sa motivation, des avantages ou du prestige qu'il a à tirer du comportement, des difficultés rencontrées, les moyens ou le temps dont il dispose et ses connaissances des risques. Mais la relation entre le statut socio-économique et le comportement de santé, comme la vaccination, peut changer avec le temps (51).

5) Politiques

Selon une thèse de 2014, l'obligation vaccinale incite certains parents à vacciner, car cela les rassure. Ils estiment qu'ainsi, l'immunité de tous, y compris leur enfant, est assurée au maximum (43).

Alors qu'au contraire, selon d'autres études, l'opposition vis-à-vis des vaccins peut se manifester à travers une remise en question de l'obligation vaccinale imposée par l'Etat. La remise en question va alors de pair avec l'autonomisation de l'individu et sa distanciation avec les autorités. L'individualisme et le libre-arbitre s'opposent donc à la dimension collective de la recommandation ou de l'obligation vaccinale (35, 36).

Il se peut également que la politique anti-vaccin particulièrement prononcée en France influence celle des Belges francophones. En 2016, un sondage a montré que 45,2% des Français ne font pas confiance en la sécurité et l'efficacité des vaccins. C'est le pourcentage le plus élevé en Europe (52).

Il faut se questionner quant à son influence sur les Belges, car il y a une différence flagrante de couverture vaccinale entre les Régions. En Wallonie, la première dose couvre 95% de la population et la deuxième seulement 75%. Alors qu'en Flandre, en 2016, la première dose du vaccin RRO atteint 96,2% et la deuxième 93,4%, selon Sciensano et une étude néerlandophone (53, 54). Le scepticisme français environnant pourrait donc être un des facteurs expliquant ces différences.

6) Barrières géographiques

La distance ou la difficulté avec laquelle les personnes accèdent au lieu de vaccination peut être un frein ou un facilitateur à la vaccination (43-45).

7) Perception de l'industrie pharmaceutique

Tout comme pour l'Etat, une opposition envers l'industrie pharmaceutique peut amener la personne à refuser les vaccins qui y sont produits. Pour certains, c'est simplement dû à la peur d'être manipulés par l'industrie (15, 22, 41, 43). Alors que d'autres affirment que cette entreprise répond, avant et surtout, aux incitants financiers (36, 43).

Influences individuelles et de groupe :

1) Expérience personnelle, familiale et/ou de la communauté vis-à-vis de la vaccination

Lorsque la personne a eu une bonne ou mauvaise expérience antérieure avec la vaccination, cela influencera positivement ou négativement le geste vaccinal (43-45, 50). De même, si la personne a eu une expérience marquante avec la rougeole, il adhérera peut-être plus facilement au vaccin par la suite (43, 45).

2) Croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention

Les parents qui vaccinent leur enfant auraient moins de fausses croyances, et seraient conscients du bénéfice de la vaccination pour la collectivité (43). Tandis que pour les personnes qui rejettent les vaccins, les idées fausses et la méfiance font partie des déterminants les plus difficiles à endiguer de l'hésitation vaccinale (40, 43).

L'étude falsifiée de 1998 du Dr Wakefield, accusant à tort le vaccin contre la rougeole d'être responsable de l'autisme, est le parfait exemple, car il favorise le scepticisme et la crainte vis-à-vis du vaccin contre la rougeole (4, 17, 18, 43).

D'autres conceptions fausses sont variées et encore d'actualité. Par exemple, l'idée que certaines maladies ont disparu ou presque et donc il ne faut plus se vacciner contre celles-ci ; que les maladies avaient déjà déclinées avant la vaccination, grâce aux progrès de l'hygiène ; qu'administrer plusieurs vaccins en même temps à un enfant surcharge son système immunitaire et augmente le risque de réponse négative aux vaccins, etc. (4, 15, 17, 18, 43-45). Le vaccin combiné rougeole-oreillons-rubéole ne fait pas exception.

De plus, certaines personnes ont une attitude qui sert leur santé avant tout, car elles considèrent que leur intérêt personnel est plus important que la collectivité. Selon une étude, ce type d'argument se retrouve souvent chez les personnes qui ne vaccinent pas (43).

3) Connaissances et prise de conscience

Des études ont montré que les parents refusant les vaccins sont plus informés que ceux qui les acceptent. En effet, la décision de se vacciner dépend du niveau de connaissances et d'information, mais aussi de la justesse de celles-ci (20, 35, 42-45). Une connaissance correcte de la maladie et du vaccin entraîne une meilleure couverture vaccinale des enfants (43, 45).

Il y a donc une différence de comportements entre des parents d'enfants non vaccinés et ceux qui ont des enfants sous-vaccinés. Les premiers s'y sont opposés intentionnellement, tandis que les deuxièmes avaient plutôt fait preuve de négligence et d'oubli (17, 35, 43). Dans la cartographie bidimensionnelle, cela est nommé l'hésitation « rationalisée » et l'hésitation « passive » (35). La démarche de recherche d'informations des parents peut être mise en lien avec le « self-empowerment ». Selon les auteurs, la promotion de cette « autonomisation » de l'individu par la société, incite la population à être acteur et engagé dans leur santé (35).

4) Confiance et expérience personnelle dans le système de santé et les fournisseurs

La confiance ou la méfiance en les experts et les autorités sanitaires influe sur la participation à la vaccination. La validité de leurs connaissances peut être remise en question, en partie à cause des médias. Cette confiance ou méfiance s'exerce donc aussi sur les institutions de santé qui émettent des directives vaccinales, car elles s'appuient sur ces connaissances (17, 35, 43, 44).

5) Perception du rapport risques/bénéfices

Selon plusieurs études, certains parents manquent de conviction quant à la gravité de maladies évitables par la vaccination. Vu son efficacité, la vaccination a effacé le souvenir de la maladie chez la population. N'ayant pas connu la maladie, et ce qu'elle peut entraîner, la balance risques-bénéfices s'est alors inversée. Aujourd'hui, la crainte disproportionnée des effets secondaires de la vaccination a remplacé la peur des maladies (4, 17, 33, 36, 39, 41, 43-45) (annexe 4). D'autres facteurs sont associés à une perception accrue du risque de la vaccination. Le risque est moins accepté s'il est couru par un enfant, s'il est associé à un acte préventif comme la vaccination plutôt qu'à un traitement, et enfin, s'il est lié à une intervention humaine plutôt qu'un risque naturel (4).

Quant aux parents qui vaccinent, les bénéfices de la vaccination sont perçus comme plus grands que les risques, ce qui est facteur incitant important (43).

6) Vaccination perçue comme norme sociale versus comme inutile ou nocive

Certains pensent que la norme est de se faire vacciner. Pour d'autres, c'est de laisser faire la nature, sans intervenir. Les normes sociales peuvent donc être un frein ou un incitant à la vaccination (43-45).

Les personnes qui ne vaccinent pas considèrent parfois que si leur enfant n'est pas malade, c'est justement parce qu'ils ne l'ont pas vacciné. Ce n'est pas grâce à la couverture collective qui les immunise. De plus, si un vaccin n'est pas obligatoire, comme la deuxième dose du vaccin contre la rougeole, il est jugé moins utile ou moins efficace. Il peut aussi être perçu comme inutile car la maladie a soi-disant disparue ou presque (4, 43, 45).

Aspects spécifiques des vaccins ou de la vaccination :

1) Rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique et des preuves scientifiques

Certaines personnes peuvent hésiter à se faire vacciner à cause de problèmes de sécurité vaccinale qui se sont déroulés dans le passé. Même si ces problèmes ont été résolus et que des données scientifiques ont été publiées sur les risques et avantages d'un vaccin, les réticences peuvent être encore présentes (34, 43). Tandis que l'absence de ce type d'évènements rassure les parents (43).

2) Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle formulation ou d'une nouvelle recommandation pour un vaccin existant

Lors d'une enquête, l'administration d'un nouveau vaccin a été jugée angoissante par 55 % des interviewés, même s'il a été soigneusement testé. Ce sont même 17 % des interrogés qui pensent qu'un vaccin dangereux n'est pas identifié comme tel lors des essais cliniques (4, 34). Par contre, un vaccin plus ancien, et donc connu par les personnes, rassure et favorise l'adhésion à la vaccination (43).

3) Mode d'administration

La crainte liée à l'aiguille ou le sang (34, 43-45), ou le doute envers les compétences du personnel de santé ou du matériel utilisé (34, 43) peut représenter un obstacle à la vaccination. L'inverse la favorise.

4) Organisation du programme de vaccination/mode d'administration

Une autre facteur est la confiance ou la méfiance vis-à-vis de campagnes organisées par les pouvoirs publics, ou par rapport aux médecins faisant la promotion de la vaccination par le porte-à-porte (43, 44).

La vaccination peut aussi dépendre du comportement proactif du SPSE de l'école, de leur manière d'informer les parents, ou du moment où ils proposent le vaccin (34, 43).

5) Fiabilité et source d'approvisionnement des vaccins et/ou du matériel de vaccination

L'adhésion au vaccin peut dépendre de la présence ou de l'absence de doutes ou de méfiance, par rapport à la viabilité du fournissement du vaccin ou du lieu d'origine de sa production (29, 34, 44).

6) Schémas de vaccination

Certains parents ne reconnaissent pas l'importance du calendrier de vaccination (39, 43), alors que d'autres le trouvent utile et nécessaire (43). Un autre frein peut être la croyance que l'enfant est trop jeune pour recevoir autant de vaccins (42).

7) Coûts

Le coût de la vaccination ou les frais de transport peuvent être une barrière ou un incitant à la vaccination (43, 44).

8) Force de la recommandation et/ou base de connaissances et/ou attitudes des professionnels de la santé

Malgré la présence de plus en plus grande des réseaux sociaux dans l'information sur la vaccination, les professionnels de santé restent la source la plus fiable de renseignements et de recommandations pour la population. Les médecins, pédiatres ou généralistes ont un rôle essentiel : ils persuadent et éclairent les parents sur la base de données scientifiques justes et validées. Mais si cette communication est négligée ou mal réalisée, le dialogue peut aboutir à un retard dans la vaccination (17, 33, 43, 45, 47).

Une enquête réalisée en Région wallonne a mis en évidence que les parents accordent de l'importance au vaccinateur de leur enfant, ils leur font confiance. Pourtant, tous les médecins ne sont pas 100 % favorables aux vaccins. Certains s'interrogent de l'utilité de certains vaccins. Ceux qui sont très favorables réalisent beaucoup d'actes, travaillent plus souvent en groupe, participent à un réseau de soins et n'ont pas de spécialités, comme l'homéopathie. Les 2 % de médecins les plus défavorables sont en moyenne plus âgés, pratiquent une spécialité (comme l'homéopathie par exemple), travaillent seuls et/ou à temps partiel (36).

4. Conclusion de la partie théorique

Nous comprenons maintenant que la rougeole est hautement contagieuse, pouvant causer de graves complications et dont il faut absolument se protéger. Le seul moyen est la vaccination.

Mais malgré le caractère contagieux et dangereux de la maladie, nous avons vu qu'en Wallonie, la couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin anti-rougeoleux n'atteint pas les objectifs de 95 % établi par l'OMS. En conséquence, des épidémies apparaissent dans la région, se manifestant par de nombreux cas de rougeole depuis début 2019.

La faible couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin dans la région, ainsi que le phénomène d'hésitation vaccinale sont certainement en partie à l'origine du problème.

On peut affirmer que l'hésitation vaccinale est un concept complexe, changeant, qui évolue en fonction du temps, du lieu et du vaccin. Ce phénomène croissant ne se résume pas en quelques lignes. Il dépend de nombreux facteurs contextuels et individuels, comme expliqués par les différents modèles analysés précédemment.

Connaitre et comprendre le sens des facteurs qui jouent dans la prise de décision des parents vis-à-vis de la deuxième dose du vaccin anti-rougeoleux est capital. C'est la clé pour adapter les stratégies de prévention pour la population et améliorer la couverture vaccinale sur le long terme.

C'est pourquoi ce mémoire tentera de connaitre certains des facteurs qui, selon les parents, les poussent à refuser ou à accepter la deuxième dose du vaccin antirougeoleux à leur enfant. Il présentera le sens que les parents attribuent à ces raisons, pour mieux comprendre comment elles interviennent dans le processus de décision. L'intérêt de ce mémoire est donc d'explorer la subjectivité de l'expérience des parents et le sens donné à celle-ci.

Pour cela, des entretiens semi-directifs avec des parents de la Région wallonne seront réalisés.

La section méthode qui suit, détaille ces choix méthodologiques.

C. METHODE

Cette partie développe la procédure utilisée afin de répondre à la question de recherche énoncée précédemment.

Tout d'abord, un point exposera la stratégie d'échantillonnage. Celle-ci approfondira les critères de sélection, le nombre de parents envisagés et le recrutement de l'échantillon. Ensuite, une section décrira la description du recueil de données, c'est-à-dire, l'entretien semi-directif. Et enfin, quelques paragraphes évoqueront la méthode d'analyse des données qui reprendra la technique de codage du texte, les stratégies de validations de l'analyse, la triangulation des données et une réflexivité personnelle.

1. Méthode de collecte de données

1.1 Stratégie d'échantillonnage

Cette recherche a reposé sur un échantillon restreint, sélectionné en référence à des critères précis. Les critères d'inclusion étaient : des parents qui habitent en Région wallonne, qui parlent le français, ayant au moins un enfant, déjà vacciné ou non, âgé entre 11 et 13 ans.

Les critères d'exclusion étaient : des parents qui ne parlent pas le français ou qui n'habitent pas en Région wallonne, sans enfants âgés entre 11 et 13 ans.

D'abord, j'ai choisi d'interroger les parents, car la vaccination de leur enfant dépend de leur volonté. Comme ils sont les décideurs, la couverture vaccinale de la deuxième dose va dépendre essentiellement d'eux.

Ensuite, l'enfant devait avoir entre 11-13 ans, car selon le calendrier vaccinal, la deuxième dose est administrée à 11 - 12 ans. Mais une année a été ajoutée afin d'avoir un échantillon plus large, tout ayant accès à des parents qui se souviennent encore de la vaccination de leur enfant.

La Région wallonne a été choisie pour les raisons évoquées dans l'introduction, c'est-à-dire, le nombre élevé de cas de rougeole et la faible couverture pour la deuxième dose dans cette région.

Un nombre de sujets n'a pas été fixé à l'avance, car il pouvait varier en fonction du principe de saturation des données. C'est-à-dire, que lorsque les nouveaux participants n'apportaient plus d'informations nouvelles importantes sur la question de recherche, le recrutement de participant s'arrêtait.

En effet, le but de ce mémoire n'était pas d'avoir un échantillon représentatif et très grand, mais d'appréhender la complexité et diversité des vécus dans un contexte bien défini (la Région wallonne).

Dû à l'obligation d'être pragmatique, je comptais chercher au départ parmi des parents que je connaissais personnellement. S'ils étaient d'accord de participer à cette étude, ils pourraient aussi

donner accès à d'autres parents. Ainsi, je pourrais avoir un nombre suffisant de parents pour les entretiens. C'était donc un échantillonnage de convenance, avec effet boule de neige.

Cependant, même s'il y avait cette condition d'être pragmatique, la volonté d'avoir des réponses riches et diverses restait pertinente.

Afin d'avoir un échantillon de profils de parents variés, j'ai demandé à chaque parent de me dire s'il se considérait comme étant favorable, défavorable, ou entre les deux (accepte certains vaccins, mais en refuse d'autres) vis-à-vis de la vaccination, et en particulier le vaccin contre la rougeole.

Pour terminer, afin d'estimer et de prendre en compte la situation socio-économique des parents, je suis passé par celui de l'école fréquentée par leur enfant. J'ai utilisé l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française, qui avait établi une liste des établissements scolaires selon un indice socio-économique (55).

Le recrutement de l'échantillon s'est déroulé en deux temps.

Dans un premier temps, un appel téléphonique a été passé à chacun des parents (annexe 5). Le but était de leur expliquer les tenants et aboutissants de l'étude et de leur demander s'ils voulaient y participer. A la fin de l'appel, ils ne devaient pas donner de réponse tout de suite, ils pouvaient réfléchir pendant une semaine maximum.

Dans un deuxième temps, si le parent était d'accord de participer, un mail officiel lui est envoyé (annexe 6). Ce mail reprenait en détail ce qui a été dit oralement au téléphone afin de s'assurer que tout a été compris : contexte de l'étude, pourquoi et comment elle est réalisée et pourquoi je les ai contactés. Il reprenait aussi leurs droits : au consentement libre et éclairé, à la possibilité de retrait sans conséquence pour eux, à l'anonymat et la confidentialité ; et comment ils seront mis en place dans l'étude. Si la personne a répondu positivement à cette demande, une question lui a été posée sur sa position quant à la vaccination (favorable/défavorable/entre les deux). Le rendez-vous avec les parents a été pris en janvier, pour février-mars.

Suite aux événements du mois de mars, sur la pandémie du coronavirus, les répondants opposés au vaccin contre la rougeole ont été recontactés afin de pouvoir observer un éventuel changement dans leurs réponses. Malheureusement, les parents ont refusé d'être interrogés à nouveau. Les raisons évoquées sont la présence d'enfants à la maison dont ils doivent s'occuper, ainsi que le manque de temps étant donné qu'ils ont du télétravail.

1.2 Outil de recueil de données

Pour rappel, la question de départ est : « Quels sont certains des facteurs qui, selon les parents Wallons, influencent leur décision d'administrer ou non la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant ? Quelles sont les significations de ces facteurs pour ces parents ? ».

Pour y répondre, des questions ouvertes ont été posées lors d'entretiens semi-directifs, à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 7).

Dans son rapport final de 2014, le groupe SAGE a encouragé la validation d'un recueil de questions d'enquêtes sur l'hésitation aux vaccins. Cependant, il existait peu de questions validées universellement qui permettaient d'identifier les déterminants de l'hésitation vaccinale (31, 44). Avec le modèle du groupe de travail, un canevas de questions fermées adaptées aux déterminants était disponible. C'est sur la base de celles-ci que les questions du guide d'entretien ont été réalisées. Ces questions « types » pouvaient être sélectionnées en fonction du contexte et des besoins, ici pour interroger sur le vaccin contre la rougeole.

Les entretiens semi-directifs ont abordé plusieurs thèmes :

- Les connaissances des parents sur les vaccins de manière générale et en particulier sur celui de la rougeole
- Leurs choix par rapport aux vaccins administrés et au vaccinateur
- Les moyens d'information sur la vaccination et précisément sur le vaccin contre la rougeole
- Leurs expériences avec le vaccin antirougeoleux
- Leur rapport vis-à-vis des médecines alternatives
- Informations générales sur les parents (âge, lieu d'habitation, parcours scolaire, métier et profils vaccinaux) et les enfants (profils vaccinaux et école fréquentée)

Au départ, les questions étaient larges, puis de plus en plus précises, engageant la réflexivité du parent.

Le guide a été modifié (ajout ou reformulation de questions) en fonction des réponses des parents. Par exemple, si une question a été mal comprise.

Avant de débiter l'entretien, j'ai commencé par une courte présentation de ma personne et mes coordonnées ont été transmises. Ensuite, j'ai à nouveau expliqué pourquoi elle a été contactée et quel était le contexte de ce mémoire.

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord libre et éclairé de la personne. Elle savait qu'elle pouvait y mettre fin quand elle le souhaitait. Un moment a aussi été pris pour lui expliquer que la confidentialité et l'anonymat étaient assurés (par utilisation de codes à la place des noms).

La personne a également été mise au courant que l'étude a été acceptée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire Saint-Luc – UCL en date du 13 janvier 2020.

Enfin, des informations sur le feed-back ont été données. La personne a confirmé qu'elle souhaitait participer à l'entretien, en lisant et en signant les différents formulaires (d'information et de consentement libre et éclairé).

Ensuite, l'entretien a démarré et les questions ont été posées.

J'ai fini par demander si la personne à quelque chose à rajouter et par questionner sur le ressenti du parent sur l'entretien, en particulier si des expériences bouleversantes ont été évoquées.

Aucune formation n'a été nécessaire pour utiliser le guide, puisqu'il se composait de questions et sous-questions de relance préconçues. Il suffisait de choisir les questions adéquates.

Aucune compensation, financière ou autre, n'a été proposée aux parents.

1.3 Tableau des caractéristiques de l'échantillon interrogé

Le tableau 2. présente les principales caractéristiques des parents qui ont été interviewés.

Celles-ci se retrouvent également dans la partie résultat.

Tableau 2. *Caractéristiques des parents interrogés.*

Caractéristiques du parent		Nombre de participants (Total = 13)
Sexe	Homme	2
	Femme	11
Age (en année)	[35 - 40[3
	[40 - 45[4
	[45 - 50[6
Lieu d'habitation (provinces)	Brabant Wallon	6
	Hainaut	3
	Liège	3
	Namur	1
Education (niveau d'instruction)	Primaire	1
	Secondaire	3
	Supérieur de type long (universitaire) ou court (bachelier)	9

Statut vaccinal par rapport à la deuxième dose du vaccin contre la rougeole	Vacciné	8
	Non vacciné	5
Statut vaccinal de l'enfant par rapport à la deuxième dose du vaccin contre la rougeole	Vacciné	8
	Non vacciné	5
Profil du parent par rapport à la vaccination	Acceptant sans réserve	3
	Peu impliqué/investi	3
	Hésitants prudents	2
	Opposant catégorique	5
Indice socio-économique de l'école de l'enfant (noté sur 20)	10 - 11	3
	12 - 14	/
	14 - 16	2
	16 - 18	1
	18 - 20	7

2. Méthode d'analyse des données

L'entretien

Chaque entretien a été enregistré et retranscrit dans son intégralité. L'enregistrement a été effacé une fois qu'il a été retranscrit. L'analyse s'est ensuite déroulée en plusieurs étapes.

La première, une fois que l'accord est reçu, débutait avec une lecture intégrale du texte pour apprécier le contenu dans sa globalité.

Deuxièmement, phrase par phrase, les idées saillantes ont été repérées et des annotations ont été prises afin d'identifier des thèmes et des unités d'analyse.

Le texte en entier a été relu, avec les annotations, pour analyser la structure et les termes utilisés. Cette analyse n'a pas été linéaire, s'il existait des contradictions ou de nouveaux thèmes émergents, il était possible de retourner en arrière.

Une fois le texte découpé en unités d'analyse, la troisième étape consistait en l'association de celles-ci en une phrase ou une signification pour expliquant son sens, c'est le codage. Il est important de noter que c'était un codage de type multithématique. C'est-à-dire que des extraits d'entretiens pouvaient se retrouver dans plusieurs thèmes différents à la fois. Cela permettait de quadriller tout le matériau, sans perte de sens (56).

La quatrième étape reposait sur la réduction des phrases en des concepts. Je devais ensuite chercher à trouver des relations entre ces concepts pour les intégrer dans un texte logique, comprenant les extraits correspondant aux idées. Chaque unité avait un rapport avec l'objectif de ce mémoire.

Des allers-retours étaient possibles entre les entretiens déjà analysés et ceux qui sont en train de l'être.

L'analyse était thématique, c'est-à-dire que les thèmes ont émergé des propos des participants. Elle était donc, par nature, une part subjective, mais elle se voulait rigoureuse, systématique et autant que possible.

Il est important de noter qu'en tant que diplômée en ergothérapie et étudiante en master en science de la santé publique, je pensais que la vaccination à un rôle important dans la prévention des maladies graves telles que la rougeole. J'avais conscience que mon opinion favorable vis-à-vis des vaccins pouvait influencer sur les résultats qui seront décrits.

La triangulation écologique a été choisie pour éviter que mes convictions n'influencent trop l'interprétation de l'analyse. Les propos de chaque participant ont été reformulés lors des entretiens, afin de m'assurer qu'ils ont bien été compris.

Pour résumer, l'analyse des entretiens était inductive, dans une démarche de thématisation continue. C'est-à-dire que les unités d'analyse ont émergé du contenu des entretiens tout au long de l'analyse, pas seulement au début.

Le processus a été itératif, car il y avait une alternance entre phases de recueil et d'analyse des informations.

Les résultats ont été présentés de façon narrative et explicative. Chaque thème a été accompagné d'extraits de parents (leur nom sera remplacé par une lettre pour l'anonymat).

Les extraits des parents et les résultats d'analyse se complétaient pour donner une lecture logique. Le choix des extraits ne se basait pas sur leur représentativité, mais sur leur pertinence pour expliquer un thème afin de notifier de la variété des phénomènes, et pour faire le lien entre des thèmes.

D. RESULTATS

Cette partie va décrire brièvement le déroulement de cette étude et les caractéristiques des participants. Ensuite, elle fera émerger le contenu des entretiens à travers quelques extraits.

1. Déroulement de l'étude

Les entretiens se sont tous déroulés au domicile des participants, sauf un qui s'est passé dans un lieu public. Tous les parents ont accepté que l'entretien soit enregistré. Le recueil des données s'est déroulé sur une période d'environ un mois et une semaine, entre le 5 février 2020 et le 12 mars 2020. Les entretiens ont duré chacun entre 20 minutes et une heure 5 minutes, avec une moyenne de 40 minutes.

2. Description de l'échantillon

Parmi les treize parents qui ont accepté d'y participer, onze étaient des femmes et deux étaient des hommes. Leur âge variait entre 35 et 50 ans, avec une moyenne de 42 ans.

Six d'entre eux vivaient dans le Brabant Wallon, trois dans le Hainaut, trois à Liège et un dernier dans la province de Namur.

Par rapport au niveau d'éducation, un seul détenait un diplôme de primaire, trois répondants avaient un diplôme de secondaire, trois avaient obtenu un diplôme du supérieur de type court et enfin, six détenaient un diplôme de niveau universitaire.

Les métiers des participants étaient divers. Les professions rencontrées étaient : instituteur primaire, banquier, employé de banque, coiffeur, acteur, juriste, ingénieur de gestion, graphiste, délégué médical, pharmacien, magasinier et indépendant dans l'alimentation.

Par rapport à leur statut vaccinal, huit parents avaient reçu la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et cinq ne l'avaient pas reçu. Tandis que pour leurs enfants, huit l'avaient eu et cinq non.

L'indice socio-économique de l'école fréquentée par l'enfant, servant de repère pour connaître la situation socio-économique des parents, variait entre 11 et 20 sur 20. Trois parents obtenaient la note de 11, deux avaient obtenu celle de 15, un autre avait reçu la côte de 18, deux parents avaient obtenu 19 et les cinq derniers avaient une note de 20 sur 20.

Enfin, la répartition des profils des parents par rapport à la vaccination était : cinq opposants catégoriques, trois peu impliqués, trois acceptants sans réserve et deux hésitants prudents.

3. Présentation des résultats

Rôle des professionnels de la santé

Les professionnels ont un rôle essentiel dans la prise de décision des parents quant à l'administration ou non la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant. Les parents se basaient essentiellement sur leur recommandation pour agir pour la santé de leur enfant.

Pour tous les participants interrogés, vaccinés ou non, le professionnel vers qui ils se tournaient pour vacciner leur enfant est quelqu'un en qui ils avaient confiance. Tous ont choisi le pédiatre, mais quatre parents (B, F, G, J) ajoutaient également le médecin traitant.

Pour une maman (G), c'était important d'avoir plusieurs avis de différents professionnels de la santé avant d'agir. A l'inverse, une autre maman (M) se méfiait des autres professionnels qu'elle ne connaissait pas. Une dernière (H) expliquait, quant à elle, qu'elle ne faisait appel qu'à une seule pédiatre de peur d'avoir des recommandations différentes :

« À la naissance de ma fille, je me suis dit que je ferai confiance qu'à cette pédiatre-là, et à personne d'autre, car sinon on part dans tous les sens. »

Deux répondantes (C, D) ont précisé pourquoi elles ont choisi un pédiatre. Selon elles, ce spécialiste était plus apte à s'occuper de leur enfant plutôt qu'un généraliste, car il était expert dans le domaine des enfants :

« Les médecins généralistes, eux, font beaucoup de choses à gauche et à droite. »
« Le pédiatre, c'est un peu le médecin généraliste de l'enfant. »

Quant à neuf parents (A, C, D, E, F, H, J, L, M), ils ont expliqué qu'ils ont consulté un pédiatre en particulier, car ils le connaissaient depuis longtemps.

Tandis que six parents (A, E, F, H, K, L, M) appréciaient particulièrement que leur pédiatre ait eu plusieurs années d'expérience derrière lui et un bon contact avec leur enfant :

« (...) Je sais comment elle (la pédiatre) est et, comment elle fonctionne, comment elle réagit avec eux (ses enfants), qu'elle fait des bonnes piqûres. »

De plus, partager des croyances et des valeurs communes sur la vaccination avec le pédiatre a été également décisif pour quatre parents (E, I, L, M) :

« J'ai vraiment eu du mal à trouver ma pédiatre, j'ai besoin de trouver quelqu'un qui me correspond. »

« J'ai confiance en son jugement, car nous avons les mêmes valeurs lui (le pédiatre) et moi. Je trouve cela important de se sentir non jugé et compris. »

En plus de la médecine « traditionnelle », neuf parents (B, C, E, F, G, H, I, L, M) déclaraient qu'ils s'intéressaient aussi à d'autres médecines complémentaires comme l'acupuncture, l'aromathérapie, homéopathie, microkinésithérapie et kinésiologie :

« Pour moi, la médecine naturelle, c'est aller chercher un peu plus profondément que ce qu'il y a en dessous du sparadrap, en surface. Je pense que la médecine naturelle a une volonté d'aller chercher les causes plutôt que les effets, c'est ce qui m'intéresse. »

D'ailleurs, les médecins consultés par cinq d'entre eux (E, F, G, L, M) avaient une spécialité dans une médecine alternative (naturopathie ou homéopathie). Pour deux mamans (I, E), c'était signe d'ouverture :

« Moi ma pédiatre, elle pratique aussi l'homéopathie, donc elle est beaucoup plus ouverte. Mais si on va chez un médecin traditionnel, il va d'office dire « il faut faire les vaccins », alors que ma pédiatre, (...) et elle va choisir ce qui est le mieux dans toutes les médecines. »
« Dû à leur formation, les médecins traditionnels tiennent un certain discours. Je ne conçois pas qu'un docteur, qui n'est pas homéopathe ou naturaliste, dise quelque chose d'autre que du bien du vaccin. Je préfère donc en discuter avec un autre type de spécialiste. »

Seuls trois parents (C, D, F) précisaient toutefois qu'ils utilisaient la médecine alternative en complément de la médecine traditionnelle, en cas de problèmes de santé légers, mais pas pour remplacer un traitement médicamenteux lors de pathologies graves :

« Pour moi, la médecine naturelle est très bonne en complément, car on ne soigne pas n'importe quoi avec cela. Mais en plus, ça peut aider. Je trouve que dans la vie, il faut mettre toutes ses chances de son côté. Mais j'insiste sur le complémentaire, j'ai une amie morte d'un cancer, car elle s'est soignée exclusivement avec la médecine naturelle »

Tandis que cinq autres participants (B, E, G, L, M) préféraient passer d'abord par la médecine alternative et si possible, se passer de la médecine traditionnelle. Cependant, cela n'empêchait pas que le médecin d'une maman (G) recommandait les vaccins.

Huit parents (A, C, D, G, H, I, J, K) ont d'ailleurs spécifié qu'ils respectaient, avant tout, les recommandations de leur médecin. S'il déconseillait ou s'il ne voyait pas l'utilité de faire la deuxième dose vaccin contre la rougeole, ils suivraient ses directives.

Néanmoins, aucun parent n'a rapporté qu'il avait déjà eu affaire à un professionnel qui lui avait déconseillé la deuxième dose du vaccin RRO. Seuls deux parents ont notifié :

« La pédiatre, en soi, n'est pas à pousser à vacciner. Au départ, elle me propose de le faire, mais si je refuse, elle dit ok, pas de soucis. »

« Evidemment, je demande toujours à mon médecin ce qu'il en pense. Il est d'accord avec moi, certains vaccins ne sont pas toujours utiles, celui de la rougeole, ne l'est pas nécessairement. »

Alors que cinq autres (B, E, F, L, M), prenaient en compte les conseils de leur médecin lors de la prise de décision de vacciner ou non leur enfant, mais ils allaient aussi se baser sur d'autres choses, comme leur entourage, Internet ou des articles dits « scientifiques » :

« J'obtiens beaucoup de choses par l'intermédiaire des médecins, des scientifiques, mais ils donnent tous leur version, qui d'ailleurs sont très diverses d'un médecin à un autre. C'est donc très compliqué de se faire une idée. »

« Je fais beaucoup de recherches, je me forme un esprit critique, même si mon médecin me donne beaucoup d'informations. J'aime vérifier ce qu'il dit, voir ce que les autres en pensent et ce qui est dit dans les études scientifiques. J'en parle aussi avec mon entourage. »

En plus de faire des recommandations, le pédiatre a un rôle capital pour informer les parents. Neuf répondants (A, B, D, G, H, I, J, K, L) l'ont cité comme moyen privilégié pour obtenir des informations sur la deuxième dose du vaccin contre la rougeole, mais aussi pour d'autres domaines de la santé.

Mais malgré le fait que la majorité des parents interrogés utilisait le pédiatre pour s'informer, certains (B, F, L, M) restaient sceptiques quant à la provenance et la validité de ces informations :

« Les fournisseurs d'informations (les médecins) sont certes, avec une longueur d'avance (de par leur cursus), mais où les ont-ils pêchées (ces informations)? Je pense qu'on aurait intérêt à réfléchir autrement, car il y a de tout dans ces informations et chacun ».

« Les professionnels de la santé qui fournissent les informations... Il faut essayer de garder son bon sens. Ce n'est pas parce qu'ils disent « blanc », que pour autant, ils ont raison. Un médecin généraliste donne une version, un homéopathe va en donner une autre. »

« Il ne faut pas oublier que les médecins sont des travailleurs qui gagnent leur vie avec ce qu'ils vendent, c'est-à-dire les médicaments et les vaccins. »

Communication et l'environnement médiatique (médias et médias sociaux)

Après avoir interrogé l'ensemble des parents, il ressort qu'ils s'informaient non seulement par leur médecin, mais aussi par l'intermédiaire d'Internet ou les réseaux sociaux.

Cependant, neuf parents (A, B, C, E, G, H, I, J, K) étaient d'accord pour dire que les réseaux sociaux ou les forums, n'étaient pas des sources fiables d'informations pour s'informer sur la

rougeole ou le vaccin antirougeoleux. Les arguments cités étaient liés sont le manque d'avis objectifs et une multitude de rumeurs :

« Sur les réseaux, il y a toujours des gens pour raconter des histoires traumatisantes. »
« Mais pas les réseaux sociaux, car il n'y a aucune base scientifique derrière ça, chacun y va de son avis. Il y a trop de rumeurs, de désinformation. »

Seulement trois répondants (F, G, M) utilisaient les réseaux sociaux pour discuter de la rougeole et des vaccins, dont celui contre la rougeole :

« Je me base aussi sur l'avis d'un groupe sur lequel je suis sur Facebook. Avec d'autres mamans, nous discutons beaucoup de vaccins. Je vais suivre leurs recommandations, car elle se base sur leurs expériences. »

Pour Internet, les raisons évoquées étaient différentes : la surabondance d'informations (A, I, K), la présence d'informations erronées, disparates et mensongères (B, I), des informations de moindre qualité (D, I).

Pourtant, sept parents (C, D, E, F, K, L, M) utilisaient tout de même Internet pour s'informer. Seuls trois parents (D, E, K) ont précisé qu'ils consultaient seulement des sites Internet officiels, ou des sites qu'ils jugeaient « sérieux » :

« Si je vais sur Internet, je vais sur un site officiel de la communauté française, ou j'essaye d'avoir un site para gouvernemental. »
« Je m'informe par de la littérature et surtout sur Internet, en essayant de juger du sérieux. »
« Si je vais sur Internet, c'est sur le site « ma santé » et « docvadis ». »

Seul un parent (L) affirmait que les médias culpabilisent les gens qui ne se vaccinent pas et décidait donc de ne plus croire ce qui se dit.

Pour finir, aucun des répondants n'a fait allusion à la télévision ou à la radio.

Connaissances et prise de conscience

Selon le profil du répondant (acceptant sans réserve, peu concerné, hésitant prudent ou opposant) vis-à-vis de l'administration de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux à leur enfant, les niveaux d'information et de connaissances acquises sur la rougeole et le vaccin étaient très différents. Et en effet, ces connaissances pouvaient être décisives quant au refus ou à l'acceptation de la deuxième dose du vaccin RRO.

Les parents ayant le moins de connaissances étaient les trois parents se sentant peu concernés (A, G, H) par la problématique. Peu impliqués, ils ne cherchaient pas à se tenir au courant et ils ne se posaient pas de question sur la vaccination. Ils étaient pourtant bien conscients de leur ignorance, mais ils se contentaient de suivre les recommandations reçues :

« On ne cherche pas à savoir plus que ça, on suit tout ce que les médecins nous demandent de faire. Le fait d'en parler, je me dis que je ne me suis jamais posé vraiment de question. »

Contrairement aux parents peu concernés, les cinq parents s'opposant (B, E, F, L, M) à l'injection de la deuxième dose du vaccin s'informaient à travers plusieurs sources comme la littérature dite « scientifique », Internet, leur entourage ou les professionnels de la santé. Ils savaient beaucoup de choses sur la rougeole et le vaccin, mais pas des informations toujours justes :

« Je sais tout ce qu'il y a à savoir à propos de la rougeole. Je m'informe beaucoup sur Internet, sur des études scientifiques et auprès des professionnels. »

Les deux parents hésitants prudents (D, K) et les trois acceptants (C, I, J) se trouvaient à l'intermédiaire de ces deux positions en matière de connaissances et de prise de conscience.

Ils ne se renseignaient pas eux-mêmes, ils se reposaient essentiellement sur leur pédiatre pour les informer, mais ils ne vérifiaient pas la véracité des informations trouvées :

« Bien sûr, j'ai entendu dans les médias que le vaccin contre la rougeole avait un lien avec l'autisme. Je n'y crois pas, mais je n'ai pas été cherché plus loin pour vérifier. »

« On ne cherche pas à savoir plus que ça, on suit comme des petits moutons tout ce que les médecins nous demandent de faire. »

Seule différence, les parents hésitants se posaient plus de questions, mais ce n'est pas pour cela qu'ils allaient plus s'informer que les acceptants :

« C'est intéressant, car on se questionne sur nos choix. Mais peut-être qu'on ne se pose pas encore assez la question. Mais bon, c'est vrai qu'on devrait s'informer plus. »

Parmi tous les parents des différents groupes, six (B, E, F, G, L, M) ont donné au moins une fausse information à propos du vaccin ou de la rougeole lors de l'entretien. En effet, trois parents (A, B, I) ont avoué qu'ils éprouvaient de la difficulté à différencier les bonnes informations des fausses, même s'ils étaient conscients que toutes les sources d'information ne se valaient pas :

« Je trouve qu'aujourd'hui, c'est difficile de s'y retrouver dans toutes les informations sur Internet ou sur les réseaux sociaux. Il faut savoir ce qui est vrai et ce qui est faux. »

On retrouvait également, dans tous les groupes, un manque de connaissances à propos de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole. Huit parents (A, B, C, D, H, G, I, J) sur les treize interrogés n'ont rien communiqué sur celle-ci. Trois (K, L, M) ont spécifié qu'elle est administrée à l'âge de 11 - 12 ans, trois (E, F, M) ont dit qu'elle n'est pas obligatoire et ils ont parlé des complications du vaccin.

Religion, culture, genre, facteurs socio-économiques

Les caractéristiques des participants ont déjà dit décrites un peu plus tôt dans les résultats. Cependant, ce thème va différencier les différents groupes de parents (acceptants, hésitants, peu concernés, opposants) en fonction du statut vaccinal de leur enfant.

Il y a donc d'un côté les parents qui ont accepté d'administrer la deuxième dose du vaccin à leur enfant, les acceptants, les peu concernés et les hésitants, et d'un autre côté, les opposants.

Dans les cinq interrogés opposants (B, E, F, L, M), trois étaient des femmes et deux des hommes. Ils étaient âgés entre 35 et 50 ans, avec une moyenne de 43,8 ans.

Les acceptants (C, I, J), les peu concernés (A, G, H) et les hésitants (D, K) sont toutes des femmes, âgées entre 38 et 50 ans, avec une moyenne de 43,8 ans également.

Les parents opposés avaient une situation socio-économique supposée entre 11/20 et 20/20, avec une moyenne de 13,8/20, tandis que les autres parents se situent entre 15/20 et 20/20, avec une moyenne de 18,6/20.

Par rapport au niveau d'éducation des parents opposants, trois interrogés ont fait des études supérieures, seul un avait un diplôme de primaire et une autre détenait un diplôme de secondaire. Les professions exercées par ces parents étaient : juriste, magasinier, ingénieur de gestion, instituteur primaire et acteur.

Parmi les autres parents, six ont fait des études supérieures ou un bachelier et les deux autres détenaient un diplôme de secondaire. Les métiers exercés étaient : coiffeuse, délégué médical, banquier, graphiste, indépendant dans l'alimentation, juriste, pharmacien et employé de banque.

Selon quelques parents, leur éducation a aussi joué un rôle dans la décision qu'ils ont prise par rapport à la deuxième dose du vaccin.

Trois parents (D, E, L) disaient reproduire l'éducation qu'ils ont eue étant enfant :

« Ma maman était contre les vaccins. (...). J'ai voulu soigner mes enfants comme moi j'ai été soignée. »

« Je pense aussi qu'il y a un phénomène d'éducation. Moi j'ai été vacciné, j'ai été éduqué dans un milieu très médicalisé et mes parents ne se sont pas posés de questions. »

Cependant, ce n'était pas le cas de tous. Une maman (F), opposée au vaccin RRO, était dans une famille de médecins qui recommandaient tout vaccin :

« Mon père, mon frère, mon parrain,...ils sont tous médecins. Il est évident que dans ma famille, on a toujours dit qu'il faut se vacciner. »

Pour terminer, aucun parent n'a parlé de religion ou de Dieu.

Expérience personnelle, familiale et/ou des membres de la communauté vis-à-vis de la vaccination

Sur les treize parents interrogés, sept (A, B, C, E, F, L, M) ont déjà vécu une mauvaise expérience avec la vaccination en général. Parmi ceux-ci, seuls deux parents (E, M) ont précisé que celle-ci avait un lien avec la première dose du vaccin antirougeoleux, mais aucun avec la deuxième dose. Pour une maman (E), c'était suite à l'hospitalisation de son dernier enfant, elle a été contrainte d'administrer la première dose du vaccin contre la rougeole, malgré ses convictions qui s'y opposaient :

« Et les médecins m'ont culpabilisé à mort, car je n'avais pas fait les vaccins (dont le RRO). Dans l'état dans lequel j'étais, je voyais mon bébé pas bien, alors je leur ai dit OK faites tout ce qu'il faut. Donc, à ce moment-là, on l'a vaccinée.»

Un papa (M) a également été marqué par le jour où il a fait vacciner sa fille contre la rougeole. Celle-ci a été hospitalisée suite aux fortes réactions allergiques dues au vaccin RRO. C'est en partie ce qui a été décisif pour lui quant à sa décision de ne pas lui injecter la deuxième dose :

« Je crois que le plus marquant, c'étaient les effets secondaires du vaccin sur ma petite fille. On m'a obligé à lui donner la première dose car elle était en crèche, mais la deuxième dose jamais je ne le donnerai. J'ai eu très peur pour sa vie. »

Deux parents (A, G) avaient d'ailleurs explicitement déclaré qu'une mauvaise expérience avec la vaccination pourrait être une raison de remettre en question l'administration de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole.

L'expérience vécue peut être celle du parent lui-même ou celle vécue à travers la vaccination de leur enfant. Ici, cinq parents (B, E, F, L, M) n'ont pas expérimenté eux-mêmes le vaccin contre la rougeole, car ils n'ont pas été vaccinés contre la maladie étant enfant.

Pour trois d'entre eux (E, F, L), c'était une des raisons pour lesquelles ils n'ont pas vacciné leur enfant :

« Moi par exemple, quand j'étais petite, je ne l'ai pas fait. J'ai été soigné par l'homéopathie toute mon enfance. Donc voilà, je n'ai pas fait le vaccin et je n'ai jamais eu la rougeole. »

« Ils (ses parents) ne m'ont jamais vacciné contre rien et je me porte très très bien. »

Pour une maman (F) souffrant d'une maladie auto-immune, elle expliquait qu'elle avait fait ce choix, car sa maladie passait de génération en génération, et que pour elle, c'était une question de sécurité pour ses enfants :

« Je me convaincs par essais-erreurs, pour moi, vacciner mes enfants pourrait leur induire d'autres choses. Donc, par principe de précaution, j'ai choisi de ne pas vacciner. »

Les mauvaises expériences peuvent être vécues, mais aussi entendues. C'était le cas de quatre parents (B, D, L, M). Par le biais de leur entourage, des mésaventures étaient relayées, remettant en doute la confiance envers le vaccin contre la rougeole :

« J'ai rencontré une dame qui jurait que sa fille était autiste parce qu'elle avait fait une réaction allergique avec le vaccin contre la rougeole. Et c'est vrai que cela m'a interpellée et c'est là que je me suis dit qu'il n'y a pas de preuves du contraire. »

« Un couple que je connais, a eu un enfant assez fragilisé à la naissance. Il avait toute une série de retards. La maman a toujours assuré que c'était lié à la vaccination. Cela m'a assez fort interpellé. »

Perception du rapport risques/bénéfices de la rougeole et du vaccin RRO

La perception des risques et des bénéfices liés à la rougeole et à son vaccin était un élément important dans le processus de prise de décision des parents. Tous les parents ont fait allusion à ce thème, à un moment ou à un autre, lors de leur entretien.

Deux groupes de parents se sont distingués. Les parents qui ont fait vacciner leur enfant, pour qui le risque de la maladie est plus élevé que le risque lié au vaccin RRO, et ceux qui pensaient l'inverse et qui choisissaient de rejeter la deuxième dose du vaccin.

Par rapport à la perception des risques de la rougeole, les parents qui ont fait administrer la deuxième dose du vaccin RRO à leur enfant (A, C, D, G, H, I, J, K), décrivaient la maladie comme étant grave, très contagieuse, flippante, dangereuse et comportant des risques.

Tandis que dans le groupe des parents opposés au vaccin RRO, ceux qui n'ont pas fait administrer la deuxième dose à leur enfant (B, E, F, L, M), amoindrissaient la gravité de la maladie :

« C'est une maladie qui n'a pas un taux de mortalité si élevée que ça. »
« La rougeole, ce n'est pas le tétanos, la peste ou le choléra non plus. »
« Si la maladie se guérit, alors ça va, pas besoin de vacciner. »
« La rougeole, je l'ai faite étant petite, cela ne me traumatise pas non plus. »

Pourtant, certains parents opposants (B, F) étaient bien conscients de la dangerosité de la rougeole, mais cela ne les empêchait pas de refuser de vacciner leur enfant.

Par rapport au vaccin contre la rougeole, les parents opposés l'ont décrit comme étant invasif, risqué, toxique, chimique, et même inopérant et inutile. Ils ont aussi ajouté qu'il causait de graves complications, de mauvaises réactions et l'autisme :

« Je pense que c'est aussi quelque chose d'invasif, avec métaux lourds, avec les adjuvants et de l'aluminium dans le sang, qui provoquent des maladies neurodégénératives. »
« On se rend compte qu'il y a des complications comme l'autisme. Donc, par principe de précaution, je choisis de ne pas vacciner. »
« Les effets secondaires peuvent être graves et importants, comme une encéphalite et des convulsions. Ce n'est pas quelque chose que je prends à la légère. »

A l'inverse des parents qui ont accepté d'administrer la deuxième dose du vaccin à leur enfant, utilisaient des termes plus élogieux pour décrire le vaccin. Selon eux, le vaccin était positif, sans risque et utile. Ils avaient confiance en l'innocuité du vaccin. Pour ces parents, c'était normal de vacciner leur enfant pour leur santé.

Ces parents ont néanmoins confié qu'ils pourraient changer d'avis sur la deuxième dose du vaccin contre la rougeole en fonction des risques pris. Par exemple, si la maladie était en perte de vitesse, si finalement, elle n'était pas risquée que cela. Ou encore, si le vaccin RRO était très toxique, s'il pouvait causer des effets indésirables, des réactions importantes, ou encore induire la mort :

« J'aurais pu changer d'avis si on m'avertissait des risques, et s'ils sont trop grands par rapport à la maladie, par exemple la mort. »

Le vaccin contre la rougeole, perçu comme norme sociale versus comme inutile ou nocif

Pour huit des répondants (A, C, D, G, H, I, J, K), vacciner leur enfant était perçu comme utile.

A l'opposé, quatre parents (B, F, L, M) pensaient que le vaccin antirougeoleux était nocif pour leur enfant.

Les raisons évoquées étaient que le vaccin est composé de substances toxiques et qu'il aurait fait muter la maladie. Celle-ci serait plus agressive aujourd'hui qu'auparavant :

« Je suis convaincu que la toxicité des vaccins (dont celui contre la rougeole) peut induire certains effets secondaires non voulus. »

« Le vaccin a réussi à éradiquer la forme la plus « soft ». Et du coup, ne circulerait plus, que la forme la plus grave. »

Certains parents (E, F, L, M) ont également parlé d'effets secondaires sérieux et graves du vaccin, dont l'autisme selon trois d'entre eux (E, F, M).

De plus, trois parents (E, F, L) jugeaient le vaccin comme étant inutile. Plusieurs raisons étaient évoquées : le fait que leur enfant n'a pas contracté la rougeole alors qu'il n'a pas été vacciné (E, F, L), que la maladie est très peu présente en Belgique (L, M), ou que la rougeole n'était pas une maladie grave et cela se soignait facilement (B, M). Ou encore, que le vaccin n'était plus adapté à la souche de la rougeole et donc ne suffirait pas (F).

« En accentuant la gravité de la maladie, le vaccin contre la rougeole serait inopérant. »

« Aujourd'hui la maladie est presque plus présente dans nos pays, il n'y a plus de raison de se faire vacciner contre la rougeole. »

Une maman (F), particulièrement contre le vaccin antirougeoleux, se démarquait dans ses propos. Elle estimait que vacciner son enfant contre la rougeole était inutile, car si chaque personne de son entourage se vaccinait, son enfant serait protégé par l'immunité collective :

« Donc, mon opinion générale est d'éviter la vaccination quand on le peut. Bien entendu, je me rassure en me disant que tout le monde est vacciné et les personnes avec qui je vais rentrer en contact, seront vaccinées et donc la maladie ne propagera plus, et donc ça va. »

Toutes ces justifications pouvaient parfois être induites par l'entourage. Lorsque celui-ci adoptait un comportement précis par rapport au vaccin antirougeoleux, il pouvait devenir une norme sociale aux yeux du parent. Par exemple, une maman (I), a expliqué qu'étant donné que son entourage était un bon élève de la vaccination, cela lui paraissait évident de faire de même.

Trois autres répondants (B, L, M) développaient un peu plus en précisant qu'ils débattaient plus souvent avec des personnes qui leur ressemblaient, mais ils seraient d'accord de changer d'avis :

« Je souhaite même qu'on débatte avec moi sur des sujets auxquels je ne suis pas d'accord car je serais d'avis de changer d'avis, si les arguments sont plus forts que les miens. »

« J'en parle aussi avec mon entourage, s'il me donne de bons arguments, je pourrais me laisser convaincre. »

Par contre, pour sept parents (A, C, E, F, G, J, K), leur entourage ne pouvait pas les convaincre de changer d'avis :

« Par rapport à mon entourage, je pense que je peux leur en parler, mais ça ne va pas me convaincre. Je vais plutôt en discuter avec plusieurs professionnels. »

« Pour l'entourage, on écoute l'avis de tout le monde, mais sans trop se faire influencer. »

Perception de l'industrie pharmaceutique

Pour cinq parents (B, E, F, L, M), cette industrie n'agissait que pour répondre à des incitants financiers, sans prendre en compte la santé de la population.

Par exemple, pour une maman, les éléments composés dans le vaccin contre la rougeole sont moins bons aujourd'hui, car ils coutent moins chers à produire pour l'industrie :

« Je suis aussi consciente des exigences de rentabilité qui font qu'ils mettent dans les vaccins des choses qui sont moins bonnes pour le corps que ce qu'il y avait au préalable. »

Quatre parents (B, E, F, L) ajoutaient que les lobbys pharmaceutiques propageaient des propos « pro-vaccins » dans des études scientifiques (voir thème suivant).

Ces éléments pouvaient être le point de départ d'une méfiance envers l'industrie pharmaceutique proposant le vaccin contre la rougeole :

« (...) Je me méfie d'eux (les firmes et les médecins), je ne leur fais plus confiance. Ils ont certainement des primes pour vacciner les gens. Tout ça, ce n'est plus qu'une question d'argent, on ne s'occupe plus vraiment de la santé des gens. »

Les huit autres parents (A, C, D, G, H, I, J, K) n'ont pas fait allusion à ce thème.

Leaders d'opinion et lobbys pro- et anti-vaccination

Aucun parent n'a évoqué de dirigeants locaux, personnalités influentes, chefs religieux ou de groupes anti-vaccins lors des entretiens.

Seuls quatre répondants (B, E, F, L) ont parlé des lobbys pro-vaccin, les lobbys pharmaceutiques :

« Je ne me laisserai pas influencer par les lobbys pharmaceutiques, juste pour qu'ils se fassent de l'argent sur ma santé. »

« En ce qui concerne le vaccin, j'ai lu des études qui disaient « je suis pro vaccin », et après, on voit que les auteurs sont des lobbyistes, des gens qui travaillent pour des sociétés pharmaceutiques, pour des labos. Alors moi aussi, je veux bien être pro-vaccins, à condition que ça remplisse bien mon portefeuille. »

« Il est clair que les lobbys pharmaceutiques ont un rôle à jouer dans la formation des allopathes. »

Politique

Le thème ne s'est retrouvé que chez trois des treize répondants.

Etant donné que la deuxième dose du vaccin contre la rougeole n'est pas légalement obligatoire en Belgique, mais recommandée, aucun répondant n'a déclaré remettre en question l'obligation vaccinale vis-à-vis de la deuxième dose du vaccin RRO.

Trois parents (B, F, L) ont affirmé que s'ils ont refusé d'administrer la deuxième dose du vaccin antirougeoleux à leur enfant, c'est justement parce qu'elle n'est pas obligatoire et que cela laisse place à leur propre réflexion :

« En plus, si la deuxième dose n'est pas obligatoire, je ne vais pas suivre comme un mouton, je veux choisir ce qu'on met dans le corps de ma fille. »

« Donc, il n'y a pas de consensus politique non plus sur l'obligation de la vaccination. On est déjà dans un flou qui permet d'avoir une réflexion qui est un peu plus poussée, de se poser des questions et de choisir ce qui est bon pour nos enfants. »

Donc, malgré les recommandations vaccinales pour le vaccin antirougeoleux, la volonté d'être autonome dans le choix de vacciner son enfant primait pour trois parents (B, F, L). Ils estimaient mieux savoir ce qui était bon pour leur enfant :

« Si les autres veulent se faire vacciner, c'est leur problème, mais moi, je suis clair dans mes idées et je sais ce qui est le mieux pour mon enfant. »

Néanmoins, en cas d'obligation légale, ceux-ci expliquaient que même s'ils ne voulaient pas vacciner leur enfant contre le vaccin contre la rougeole, ils le feraient :

« Si la deuxième dose du vaccin contre la rougeole devient obligatoire, alors je le ferai. Je ne vais pas braver la loi. »

Pour finir, aucun parent n'a fait allusion à la polémique anti-vaccin en France, ni à un précédent scandale sanitaire en Belgique, pouvant remettre en question l'autorité.

Confiance et expérience personnelle dans le système de santé et les fournisseurs

Neuf répondants (A, C, D, E, F, G, J, K, M) n'ont fait aucune référence à la confiance ou à l'expérience qu'ils ont faite vis-à-vis du système de santé ou des autorités, sanitaire ou non.

Dans seulement quatre cas (B, H, I, L), l'ONE a été cité par rapport à l'obligation vaccinale en milieu d'accueil de la petite enfance.

Un papa (L) en avait fait l'expérience et il en gardait un mauvais souvenir :

« La deuxième dose, on ne l'a pas faite et on ne la fera jamais. C'est simple, la première dose l'ONE m'a obligé à la faire, mais la deuxième ça ne risque pas. »

Par rapport à la confiance envers le système de santé, pour deux mamans (A, G), c'était important de connaître les personnes qui étaient dans le processus de vaccination de son enfant, sinon elles n'avaient pas confiance. Elles se méfiaient des informations ou des recommandations données par des experts non connus.

Enfin, pour un autre papa (B), les organismes de santé n'étaient pas toujours clairs et invariables dans leurs recommandations par rapport à l'obligation vaccinale du vaccin contre la rougeole, ce qui créait une perte de confiance :

« On vit encore dans un pays, où il y a, en fonction de la région, « oui/non/peut-être », clairement le gouvernement et l'ONE ne sont pas clairs, ni lucides ! »

Organisation du programme de vaccination/mode d'administration

Les parents interrogés n'ont pas relatés avoir une méfiance envers des campagnes organisées par les pouvoirs publics ou des médecins faisant la promotion de la vaccination par le porte-à-porte. Par contre, l'école a été citée par dix parents (C, D, E, F, G, I, J, K, L, M). Parmi eux, seul un répondant (J) a confié que l'établissement scolaire était important pour les informer sur la rougeole et le vaccin RRO, tandis que pour cinq autres (G, I, K, L, M), il ne l'était pas.

Pourtant, l'école n'était pas toujours proactive dans l'information sur la rougeole ou sur le vaccin de la rougeole selon trois parents (F, G, K) :

« L'école nous a un petit peu informé, elle a juste rappelé que ce serait bien de refaire les vaccins, mais pas d'infos spécialement sur le RRO. »

« Pour ce qui est de l'école, je n'ai eu aucune information. »

« On reçoit parfois des lettres d'infos pour les poux, mais pas trop pour visites médicales. »

Deux parents (I, L) ajoutaient en plus que le service est trop impersonnel :

« Et comme avec l'école, le rapport est plus impersonnel, ça ne sera pas ma référence de base. Je vais tenir compte des informations de l'école, mais ce n'est pas ce qu'il va m'influencer de façon déterminante. »

Le rôle de l'école s'étend également jusqu'à la proposition du vaccin contre la rougeole aux parents, via le SPSE. Cependant, plusieurs parents (C, E, G, I, K, L, M) ont ajouté qu'ils ne feraient pas vacciner leur enfant par ce service :

« Les médecins de l'école, je ne les connais pas, je ne les ai pas choisis et je veux être présente quand il se passe quoi que ce soit. »

« Je ne veux pas lui faire faire ses vaccins par le centre de santé à l'école. J'ai l'impression que là-bas, c'est « à la chaîne », je veux que ma fille soit en confiance, à l'aise. »

« Les services à l'école, je ne veux pas, sauf en cas d'extrême urgence. Je préfère la pédiatre, j'ai un suivi et un bilan complet et je sais comment elle fonctionne. »

« Je crois qu'à l'école, avec les autres copains, il serait stressé. »

Introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle formulation ou d'une nouvelle recommandation pour le vaccin contre la rougeole

Une seule maman (F) a mentionné que la formule du vaccin contre la rougeole administré aujourd'hui était moins bonne que celle produite il y a plusieurs années :

« Si je pouvais choisir, je choiserais de me faire vacciner, mais avec une formule plus ancienne, qui serait éventuellement plus cher, j'accepterais de payer plus cher pour me faire vacciner avec des produits de meilleure qualité. »

Les autres parents n'ont pas indiqué avoir des réticences à l'égard de la deuxième dose du vaccin RRO à cause d'une quelconque nouvelle formule ou recommandation.

Influences historiques

Le lien entre le vaccin contre la rougeole et l'autisme a été cité par cinq parents (B, C, E, F, M) sur les treize interrogés. Pour trois d'entre eux (E, F, M), ce lien était signe que le vaccin était mauvais pour la santé :

« Il y a déjà eu des mauvaises réactions suite au vaccin, aussi en lien avec l'autisme. »

« Mais quand on va au fond de la formule qu'ils mettent dedans, on voit qu'il y a des complications comme l'autisme, »

« Avec les médicaments naturels, au moins, il n'y a pas d'effets secondaires et ils ne causent pas l'autisme. »

Croyances et attitudes vis-à-vis de la santé et de la prévention

Comme vu dans tous les autres thèmes, plusieurs parents (B, C, E, F, K, L, M) avaient de fausses croyances. Elles portaient autant sur la rougeole, que sur le vaccin antirougeoleux.

Par exemple que le vaccin contre la rougeole pouvait induire l'autisme, que la rougeole n'était plus une maladie présente dans nos pays aujourd'hui, que le vaccin nuisait à la santé, que les médecins vaccinaient par appât de primes, etc.

Par rapport à l'attitude adoptée par les parents interrogés, ceux-ci n'ont pas explicitement déclaré qu'ils agissaient dans leur propre intérêt ou dans l'intérêt de la collectivité, mais leurs propos pouvaient le laisser penser :

« J'ai toujours pensé que si je ne vaccine pas mes enfants, ce n'est rien puisque les personnes avec qui ils sont en contact seront vaccinées et donc ils ne seront porteurs de cette maladie. »

« Si les autres veulent se faire vacciner, c'est leur problème, mais moi, je suis clair dans mes idées et je sais ce qui est le mieux pour mon enfant. »

Selon cinq parents (B, E, F, L, M), ils agissaient dans l'intérêt de leur enfant quand ils choisissaient de ne pas leur administrer la deuxième dose du vaccin RRO.

Autres thèmes du groupe SAGE

Plusieurs thèmes n'ont pas été évoqués durant les entretiens, comme le schéma de vaccination du vaccin RRO, le coût de celui-ci, les éventuelles barrières géographiques, le rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique, la fiabilité et les sources d'approvisionnement et le mode d'administration.

E. DISCUSSION

D'abord, reprenons la question de départ : « Quels sont certains des facteurs qui, selon les parents Wallons, influencent leur décision d'administrer ou non la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant ? Quelles sont les significations de ces facteurs pour ces parents ? ».

Dans un premier temps, cette partie va aborder les limites de ce travail et des pistes d'améliorations de celles-ci. Puis, elle interprétera les résultats synthétisés. En terminant par des perspectives de recherche et les recommandations.

1. Limites et pistes d'améliorations

Cette étude comporte certaines limites dont il faut tenir compte pour l'interprétation des résultats.

Premièrement, étant donné que cette étude est qualitative, elle n'a pas pour but que ses résultats soit généralisables, mais d'avoir une diversité d'expériences vécues. Nous pensons avoir atteint en partie cet objectif, vu la répartition des treize interrogés parmi les quatre profils (trois acceptants sans réserve, trois peu concernés, deux hésitants prudents et cinq opposants). Cependant, la répartition dans l'échantillon n'est pas le reflet de ce qui se retrouve en Wallonie. L'enquête menée à Liège (36) indique les acceptants sans réserve sont majoritaires, puis viennent les parents peu concernés, ensuite les hésitants prudents, pour terminer avec les opposants. Les opposants sont donc en minorité dans la population wallonne, tandis qu'ils sont en majorité dans cette étude. Cette répartition peut influencer sur les résultats.

Deuxièmement, la stratégie d'échantillonnage a été choisie par pragmatisme. J'ai dû chercher des participants volontaires parmi des connaissances personnelles, c'est le cas de cinq des treize parents interrogés. Les huit autres parents sont des contacts obtenus par un intermédiaire. C'est donc un échantillon de convenance dans sa minorité, avec effet boule de neige dans sa majorité. Il se peut alors, que certaines caractéristiques des individus composant l'échantillon, soient peu variables. Par exemple, l'indice socio-économique des parents, en majorité entre 18 et 20, car cet indice est tiré de celui de l'école fréquentée par leur enfant, ou encore le niveau d'éducation en majorité universitaire.

Pour éviter ce biais, il aurait fallu que j'investisse plus de temps et de moyens pour avoir un échantillon plus grand et non connu. Par exemple, en disposant des affiches informatives sur mon étude aux abords des écoles. Des tentatives de contact avec les associations de parents des écoles et avec les directeurs de celles-ci ont été faites avant le début de cette étude, mais sans succès.

Troisièmement, les résultats se basent sur des données autodéclarées. Les souvenirs peuvent être déformés ou exagérés. Un des biais pouvant également être rencontré est la tendance des individus à donner des réponses socialement désirables, c'est le biais de désirabilité sociale. Il a peut-être joué sur les réponses obtenues. Néanmoins, ce n'est pas un paramètre qui peut être contrôlé. Je considère donc que chacun a été sincère dans ses réponses.

Quatrième limite, la subjectivité de l'auteur. Ce travail qualitatif se veut être le plus objectif possible. Pour cela, à plusieurs moments, lors de chaque entretien, les propos des parents ont été reformulés par le chercheur. Ils ont pu ainsi valider et approfondir ce que le chercheur a fait ressortir de l'entretien. L'idéal aurait été d'intégrer les participants et d'autres chercheurs à l'analyse des données. Ce qui n'a pas été fait par manque de temps.

Et, bien évidemment, avant le travail de récolte et d'analyse des données, l'auteur se doit de porter une réflexion sur ses valeurs, ses intérêts, ses expériences, etc., qui peuvent influencer le regard qu'il porte sur le sujet. Ces influences ont été prises en considération dans ce travail.

Et enfin, la cinquième limite concerne le guide d'entretien utilisé. Il n'a pas été validé par une quelconque autorité, en dehors du promoteur et de la co-promotrice de ce travail. Cependant, le guide d'entretien s'est basé sur un canevas de questions fermées que le groupe SAGE a adapté aux déterminants de l'hésitation vaccinale.

Ajoutons aussi une dernière limite découlant de l'actualité liée au coronavirus.

Durant ces événements bouleversants, les parents peuvent avoir changé d'avis sur la vaccination. Comme expliqué dans l'introduction, le processus de décision est de nature complexe et changeante, notamment en fonction du contexte (17, 29, 31, 32, 34, 35, 37-40).

Afin de percevoir les possibles changements d'avis et de positions vis-à-vis du sujet de cette étude, un appel téléphonique a été passé avec les cinq parents opposés déjà interrogés auparavant. Le but était de leur proposer une nouvelle rencontre, audiovisuelle cette fois-ci, pour réaliser une nouvelle interview. Malheureusement, les parents ont refusé, soit parce qu'ils sont en télétravail, soit par manque de temps dû à la nécessité de s'occuper des enfants et d'autres diverses activités liées au confinement. Ainsi, les résultats pourraient ne plus être à jour avec les positions actuelles des parents opposés à l'administration de la deuxième dose du vaccin RRO à leur enfant.

Une façon d'éviter ce biais aurait été d'attendre la fin des événements liés au coronavirus et de réinterroger les parents une fois que le quotidien a repris son cours normal. Ce qui n'était pas envisageable pour ce travail vu les limites de temps pour le réaliser.

2. Interprétations des résultats

Cette partie va reprendre les résultats, il va les analyser et les discuter en rapport avec la littérature trouvée sur le sujet.

Dans la partie théorique, plusieurs modèles conceptuels ont étayé la définition de l'hésitation vaccinale. Ceux-ci seront utiles afin d'approfondir l'analyse des résultats.

Le modèle des 3Cs, qui analyse la réticence vaccinale à travers trois concepts (confiance, complaisance, commodité) (29, 30, 32, 33), rejoint en partie les résultats de ce mémoire.

Tout d'abord, parlons de la confiance. Sur les treize interrogés, deux parents opposés au vaccin RRO ont déclaré avoir perdu confiance envers les organismes de santé, notamment à cause du manque de clarté et d'une logique disparate dans leurs recommandations.

Deux mamans, qui ont pourtant vacciné leur enfant, ont aussi du mal à faire confiance aux experts qu'elles ne connaissent pas, comme ceux du SPSE à l'école. Elles disaient se méfier de leurs informations et recommandations.

L'école, qui a un grand rôle à jouer dans la promotion de la vaccination, n'a en effet pas la cote auprès de sept parents interrogés. Ils reprochent à l'établissement scolaire de ne pas toujours être proactif dans l'information qu'ils donnent et de l'impersonnalité de leurs rapports. Cela ne les incite pas à faire confiance à l'établissement. L'école n'a pas été un incitant majeur non plus pour les parents qui ont vacciné leur enfant. Aucun n'a confié avoir administré la deuxième dose du vaccin RRO à leur enfant par le SPSE. Mais cela doit être lié au fait que les parents font avant tout confiance à leur médecin pour vacciner leur enfant. Cela sera abordé plus loin dans ce travail.

Par rapport aux autorités, seuls trois parents opposants en ont parlé. Ils veulent se distancier de l'état et de l'obligation vaccinale, car ils estiment pouvoir décider ce qui est le mieux pour leur enfant, c'est-à-dire, ne pas vacciner. Mais ils précisent tout de même qu'en cas d'obligation légale, ils vaccineront leur enfant, car ils ne veulent pas braver la loi. C'est également ce que différentes études constatent (35, 36, 43).

Selon une de ces études, l'absence d'obligation vaccinale est un frein à la vaccination, car elle peut aussi être comprise, à tort, comme le signe que le vaccin est facultatif et non indispensable. À défaut d'être légalement obligatoire, elle est imposée lors de l'entrée dans les milieux d'accueil, et cela est perçu comme une entrave aux libertés individuelles. Alors que si elle est perçue comme une obligation légale, les parents sont rassurés par la contrainte qu'ils estiment nécessaire afin d'assurer l'immunité collective. Et cela va favoriser la vaccination (35, 36, 43).

Ensuite, par rapport à la confiance en l'innocuité du vaccin RRO, la plupart des parents qui ont vacciné leur enfant n'ont pas montré d'inquiétude. Pour eux, le vaccin est positif, sans risque et utile. Seuls quelques-uns ont déclaré qu'ils pourraient changer d'avis sur la deuxième dose du vaccin. Par exemple, si on leur avait dit que le vaccin RRO était toxique, s'il pouvait causer des effets indésirables, des réactions importantes, ou encore, induire la mort.

Par contre, tous les parents opposés à la deuxième dose du vaccin ont fait référence à une perte de confiance en l'innocuité du vaccin RRO. Ils parlent du vaccin comme étant un produit toxique, invasif, chimique, plein d'adjuvants, et pouvant provoquer des mauvaises réactions, de graves complications et de l'autisme.

Ces constats par rapport à l'innocuité du vaccin ont été observés dans plusieurs études (22, 43, 47, 49).

Cette perte de confiance peut être mise en lien avec plusieurs éléments. Les parents opposés au vaccin auraient plus de fausses connaissances du vaccin que les autres, ils utiliseraient plus de sources d'informations discordantes et ils auraient une vision des risques disproportionnée par rapport aux bénéfices (43).

Elle peut aussi être liée à la défiance particulièrement présente chez nos voisins les Français. Selon différentes études, 41% des Français s'inquiètent de l'innocuité des vaccins (17, 52), tandis qu'en Belgique, seuls 35,1% s'inquiètent de la sécurité du vaccin antirougeoleux (57). De plus, en France, l'individualisme est porté à l'extrême et la notion de bénéfice collectif est contestée (17, 52). Cette notion d'intérêt collectif est en effet retrouvée que chez un seul parent opposé au vaccin. Une étude donne une explication (43). Elle atteste que les parents opposés à la vaccination sont moins conscients de l'intérêt collectif. Tandis que chez les parents qui ont vacciné leur enfant, c'est l'inverse. C'est même un incitant à la vaccination (43).

Cependant, aucun parent interviewé n'a fait allusion à la France. La corrélation entre les événements des deux pays est donc sujet à des questionnements.

Par contre, à l'inverse des autorités de santé, de l'état et de l'innocuité du vaccin, tous les parents ont une grande confiance envers le professionnel de santé qu'ils consultent pour vacciner leur enfant. Ce n'est pas étonnant, vu que les parents choisissent leur médecin en fonction de critères précis : s'ils se connaissent depuis longtemps, s'il a de l'expérience, s'il a un bon contact avec l'enfant, ou encore, s'il partage des croyances ou valeurs communes avec eux.

Les parents qui ont vacciné leur enfant vont suivre à la lettre les recommandations du médecin choisi. Même s'il déconseillait la deuxième dose du vaccin, ou s'il ne voyait pas son utilité, huit parents, qu'ils soient acceptants, hésitants, peu concernés ou opposants, disaient qu'ils suivraient ses directives.

Tandis que les cinq parents opposants vont prendre en considération les recommandations du médecin, mais ils restent tout de même sceptiques quant à la provenance et la validité des informations données par celui-ci. Ce qui n'est pas surprenant puisque ces parents-là pensent que certains médecins agissent dans l'intérêt de l'industrie pharmaceutique. Ils se basent donc aussi sur d'autres sources comme leur entourage, Internet ou des articles dits « scientifiques » avant de prendre une décision. Par conséquent, il est particulièrement important de faire attention à ce que les professionnels vont donner comme information et à comment ils vont les transmettre.

Des études (43, 58) ont d'ailleurs étudié les pratiques de médecins dans le maintien d'un taux élevé de vaccination contre la rougeole. Elles indiquent que les parents font effectivement confiance aux prestataires de soins. Mais la confiance peut facilement être compromise si des informations vagues ou inadéquates sont fournies, ou si un conflit d'intérêts est perçu. Par exemple, si le médecin reçoit des compensations financières s'il atteint un taux de couverture vaccinale élevé.

De plus, certains praticiens, dû à un manque de connaissances, ont eux aussi des croyances trompeuses. Ils envoient alors des messages peu clairs et faux.

Il a même été prouvé que si les médecins avaient une attitude détendue vis-à-vis de la rougeole, ou s'ils incitaient excessivement à la vaccination, cela impactait négativement la couverture vaccinale.

Ainsi, pour favoriser la vaccination, seule une communication éclairée sur les avantages et inconvénients, et une évaluation de la compréhension des informations sont nécessaires (43, 49, 58).

Ces études se sont également exprimées sur la présence d'une complaisance chez les prestataires et parents (22, 43, 58). Mais abordons d'abord celle retrouvée chez les parents interrogés.

Les résultats de ce mémoire indiquent que la perception du rapport risques/bénéfices de la rougeole et du vaccin RRO joue un rôle majeur dans la prise de décision de refuser ou accepter la deuxième dose du vaccin contre la rougeole.

La plupart des parents qui ont refusé le vaccin, sous-estiment le danger que représente la rougeole, et surestime celui du vaccin. Selon eux, le vaccin est toxique à cause des adjuvants, il peut causer l'autisme ou de mauvaises réactions. Tandis que la maladie n'est pas si grave, pas traumatisante et elle se guérit bien. Certains parents sont pourtant conscients de la dangerosité de la rougeole, mais ils perçoivent, avant tout, le vaccin comme étant inutile, voir nocif et invasif. Les arguments évoqués sont que leur enfant n'a pas contracté la rougeole alors qu'il n'a pas été vacciné, ou que la maladie est très peu présente en Belgique, que la rougeole n'est pas une

maladie grave et cela se soigne facilement, ou encore, que le vaccin n'est plus adapté à la souche de la rougeole et donc ne suffirait pas.

Alors que pour les parents acceptants, peu concernés, ainsi qu'un hésitant, ceux qui ont vacciné leur enfant, c'est l'inverse. La maladie est décrite négativement et le vaccin avec des termes élogieux. Plusieurs études font le même constat (4, 22, 43, 48, 58).

Cependant, certains des parents qui ont vacciné leur enfant ont déclaré qu'ils pourraient tout de même changer d'avis sur la deuxième dose du vaccin si la balance risques/bénéfices s'inversait. Par exemple, si on leur avait dit que la rougeole était en perdition, si elle n'était pas si risquée que ça, et si le vaccin RRO était toxique, induisait la mort ou de graves réactions.

Cela prouve bien que l'hésitation vaccinale peut fluctuer (17, 29, 31, 32, 34, 35, 37-40).

L'étude européenne (58) ajoute que cette complaisance vis-à-vis de la rougeole n'est pas présente pour d'autres maladies évitables par la vaccination, qui pourtant, sont perçues comme des menaces graves pour la santé. Selon elle, ce serait en partie due à la perte de souvenir de la maladie et de sa gravité dans les mémoires de générations de médecins et de parents. Elle préconise donc de sensibiliser à la maladie et de combler les lacunes dans les connaissances des professionnels de la santé, afin d'améliorer la couverture vaccinale. D'autres études (22, 43) font les mêmes recommandations.

Quant à la commodité, elle n'apparaît pas du tout comme un facteur jouant dans le refus ou l'acceptation de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole. Aucun des facteurs de cette catégorie n'a été évoqué lors des entretiens, c'est-à-dire, la fiabilité et les sources d'approvisionnement du vaccin et son mode d'administration, le schéma de vaccination du vaccin RRO, le coût de celui-ci et les éventuelles barrières géographiques. Ce qui est assez étonnant, mais explicable. Des hypothèses ont été émises pour justifier l'absence de certains de ces arguments.

Les parents ont peut-être trop peu d'informations quant aux lieux et la fréquence de production du vaccin RRO, ils ne peuvent donc pas émettre d'avis ou de craintes là-dessus.

Le coût du vaccin n'est pas un problème pour les parents, car il est offert de 12 mois à 20 ans par le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui adopte le calendrier vaccinal du CSS (3, 9, 10, 15). De plus, les parents pourraient avoir une situation socio-économique qui n'est pas un frein à la vaccination.

Enfin, tous les parents interrogés disposent certainement d'une voiture ou d'un moyen de se déplacer pour se rendre à un des lieux de vaccination, qui en plus, sont abondants et peu éloignés. Il n'y a donc pas de barrières géographiques.

Ce sont donc surtout la confiance et la complaisance qui jouent un rôle important dans la prise de décision d'administrer ou non la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant. C'est sur ces facteurs qu'il faudra concentrer les efforts afin de promouvoir la vaccination.

A présent, faisons des liens avec la cartographie bidimensionnelle expliquée dans la partie « introduction ».

La cartographie est composée de deux axes, le vertical et l'horizontal, sur lesquels l'hésitation passive et l'hésitation rationalisée sont représentées (35).

Pour rappel, l'axe vertical correspond à la confiance envers les autorités de santé et/ou la médecine. Comme décrit plus haut, les parents ont une grande confiance envers leur médecin, mais ce n'est pas toujours le cas des autorités.

L'axe horizontal représente le « santéisme », c'est-à-dire, la capacité d'un individu à contrôler ses comportements de santé et à utiliser les sources d'information à sa disposition pour augmenter son espérance de vie.

Le « santéisme » est donc lié à la littératie en santé, car elle implique :

« la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie » (59).

La littératie peut être influencée par le niveau d'éducation, le statut socio-économique, l'âge, et d'autres facteurs (59).

En effet, dans ce mémoire, nous avons vu dans les résultats, que parmi les cinq parents opposés au vaccin RRO, trois ont un diplôme d'études supérieures et les deux autres ont un diplôme de primaire ou de secondaire. Tandis que dans le reste des parents, les acceptants, peu concernés et les hésitants, deux ont un diplôme de secondaire et six ont un diplôme du supérieur. Les opposants ont donc proportionnellement moins de diplômes d'études supérieures que les autres parents. Ces résultats s'accordent avec ceux d'une étude affirmant qu'un niveau d'enseignement supérieur est un élément favorisant la vaccination (47).

Cependant, le niveau d'éducation n'est pas le seul facteur qui va jouer un rôle dans le « santéisme ». Ce qui importe aussi, c'est la richesse et la qualité des informations dont ils disposent sur le vaccin et la rougeole, ainsi que la manière dont ils les obtiennent.

Donc, malgré que les parents aient moins de diplômes universitaires, ils sont plus informés sur le sujet que les parents qui ont vacciné leur enfant et qui ont plus de diplômes du supérieur. Ils

s'informent par diverses sources comme la littérature dite « scientifique », Internet, leur entourage ou les professionnels de la santé.

Tandis que ceux qui ont le moins de connaissances, c'est-à-dire les parents qui se sentent peu concernés, se contentent de suivre les recommandations de leur médecin.

Les parents acceptants et hésitants, se retrouvent à l'intermédiaire de ces deux positions. Ils ne se renseignent pas eux-mêmes sur le sujet, car ils se reposent sur leur médecin pour les informer, sans vérifier la véracité des informations. La seule différence, c'est que les hésitants se posent plus de questions.

Les opposants ont donc une grande capacité à contrôler leurs comportements de santé et à utiliser différentes sources d'information.

Nous savons maintenant que par rapport à la cartographie, les parents opposés se trouvent plus proches de l'hésitation dite « rationalisée », et les parents peu concernés se trouvent près de l'hésitation dite « passive » selon la revue (35). Ce qui signifie que les opposants sont très intéressés et engagés dans les questions relatives au vaccin RRO, alors que les peu concernés le sont relativement peu. Les uns se documentent et pèsent le pour et le contre, et les autres ne souhaitent pas être dans une démarche de recherche d'informations, car ils se basent essentiellement sur le médecin en qui ils font pleinement confiance.

Ces résultats correspondent avec plusieurs études qui affirment que la méfiance n'est plus seulement liée au manque d'informations, mais également à une attitude de personnes éduquées et très informées (17, 35, 43, 48, 49).

Cependant, les parents sont parfois confrontés à des sources d'informations mensongères non officielles et non fiables, qui contribuent à diffuser de fausses informations. Les parfaits exemples sont les réseaux sociaux ou les forums sur Internet. Neuf parents sur les treize savent que ce ne sont pas de sources fiables, car ceux-ci manquent d'objectivité et ils recèlent une multitude de rumeurs. Ils ajoutent que sur Internet, il y a trop souvent des informations erronées, disparates, mensongères et de moindre qualité.

Pourtant, pour s'informer, deux opposants et un peu concerné, utilisent les réseaux sociaux, et sept parents, dont quatre opposés utilisent certains sites Internet. Mais il y a tout de même une différence entre les parents qui ont vacciné leur enfant et les parents opposés au vaccin RRO. Ils ne consultent pas toujours les mêmes sites internet. Des études le confirment également (4, 43). L'utilisation de sources d'informations mensongères est un facteur favorisant l'hésitation vaccinale selon plusieurs études (4, 7, 17, 32, 41, 43, 46).

Certaines recommandent de rapidement réagir par rapport à ces « fake news » en les démentant et en utilisant une communication efficace, claire, transparente et concertée avec toutes les

parties prenantes (43, 48). Ce type de recommandation est aussi bénéfique pour les parents qui vaccinent leur enfant, afin de les rassurer et les encourager à perpétuer leurs comportements.

Par contre, la télévision ou la radio n'ont pas été citées durant les interviews. Ce qui est étonnant, car le Belge francophone regarde la télévision durant en moyenne 3h15 par jour, selon les données de 2017 du Centre d'information sur les médias (60). Une étude propose une explication très simple. Il y aurait trop peu d'informations sur la vaccination qui sont diffusées par ces médias (47). Pourtant, vu la durée moyenne durant laquelle le Belge francophone regarde la télévision, diffuser des informations claires et concises par ce média pourrait avoir un impact significatif sur la population.

Donc, dû en partie à l'utilisation de sources d'informations inexactes, des fausses croyances se développent chez les individus. Dans ce mémoire, sept parents ont donné de fausses informations, dont cinq parents opposés. Les parents qui ont accepté de vacciner leur enfant ont donc moins de fausses croyances. Cependant, ce n'est pas l'assurance qu'ils n'en ont pas. Nous avons vu précédemment que certains parents qui ont vacciné leur enfant pourraient changer d'avis si on leur donnait certains arguments. Pourtant ces arguments sont faux.

Ces croyances portent autant sur la rougeole, que sur le vaccin antirougeoleux et la liste est particulièrement longue. J'en ai trouvé au moins onze.

Certains parents pensent que le vaccin contre la rougeole peut induire l'autisme ; qu'il nuit à la santé à cause des adjuvants ; qu'il cause de graves effets secondaires ; qu'il est inutile et invasif ; qu'il n'est plus adapté à la souche de la rougeole d'aujourd'hui ; et pour terminer, que la formule du vaccin distribuée aujourd'hui est moins bonne pour la santé que celle produite il y a plusieurs années. Par rapport à la rougeole, ils pensent qu'elle est peu présente dans nos pays aujourd'hui ; et qu'elle n'est pas si grave et qu'elle se soigne bien. Ces fausses croyances sont retrouvées chez les parents qui vaccinent et ceux qui ne le font pas, mais dans des proportions différentes. Seules les croyances citées ci-dessous, sont spécifiques aux parents opposés au vaccin antirougeoleux. Ils pensent que les médecins vaccinent par appât de primes ; que les industries pharmaceutiques répondent avant tout à des répondants financiers ; et enfin, que les lobbys de cette industrie propagent des idées « pro-vaccins » dans les études scientifiques afin de gagner plus d'argent. Ajoutons aussi que la peur de l'autisme est particulièrement encore présente chez les parents opposés. Plusieurs études le reconnaissent aussi (17, 42, 43, 58).

Cependant, certains arguments dégagés dans ces études n'ont pas été cités lors des entretiens, tels que les enfants sont trop fragiles ou trop jeunes pour recevoir autant de vaccins contenant autant d'adjuvants.

Les fausses croyances citées dans ce mémoire sont également présentes à l'échelle européenne (42, 43, 50, 58) et chez les Français (4, 17, 43). D'ailleurs, elles sont autant répandues chez les parents que chez certains médecins (4, 17, 22, 42, 43, 50, 58).

Dans les résultats, un autre point a attiré notre attention. Les parents qui veulent acquérir de l'autonomie vis-à-vis des autorités, se distancient également des médecines « traditionnelles », pour se tourner vers des médecines alternatives. Même les parents qui ont vacciné leur enfant sont adeptes de ces pratiques.

Les interviews ont montré que neuf parents sur les treize, dont les cinq opposants, s'intéressent à d'autres médecines dites « plus naturelles ». Ce qui signifie que deux tiers des interrogés ont déjà consulté un professionnel de la médecine alternative, alors que dans la population belge, le pourcentage atteint seulement un tiers selon « Statista » (61).

Ces médecines alternatives sont pratiquées, soit par un médecin « traditionnel » qui en a fait une spécialité, soit par un spécialiste à part entière de cette médecine complémentaire (naturopathie ou homéopathie). Deux mamans, une acceptante et une opposée, précisent qu'elles consultent ce type de médecin, car ils sont plus ouverts.

Mais tous les parents n'utilisent pas les médecines alternatives de la même façon. Les parents qui ont vacciné leur enfant ont préféré le faire en complément, tandis que quatre opposants et un peu concerné préféreraient passer d'abord par la médecine dite « naturelle » et si possible, se passer de la médecine traditionnelle.

Selon différentes études (35, 36, 43, 58, 62), l'utilisation de ces médecins prônant un retour vers le naturel, pourrait être un facteur défavorable à l'acceptation de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole. Elles affirment que les médecins qui pratiquent une médecine alternative ou complémentaire, comme l'homéopathie, sont moins favorables à la vaccination contre la rougeole, et moins souvent vaccinés, comparativement à des médecins « classiques ». Ceux-ci signaleraient également moins de patients atteints de maladies à prévention vaccinale, mais plus d'effets indésirables potentiellement liés à des vaccinations chez leurs patients.

Dans ce mémoire, certains parents ont aussi exposé une méfiance envers l'industrie pharmaceutique. Cinq parents opposés ont déclaré que selon eux, cette industrie n'agit que pour répondre à des incitants financiers, sans prendre en compte la santé de la population. Et que les lobbys de cette industrie propagent des idées « pro-vaccins » dans des études scientifiques afin de gagner plus d'argent. Différentes études s'accordent pour dire que cela a évidemment une incidence sur la vaccination (22, 43).

Les huit autres parents, les acceptants, peu concernés et hésitants, qui ont vacciné leur enfant, n'ont pas fait allusion à ce thème. Cependant, cela n'indique pas pour autant qu'ils ne sont pas d'accord avec ce qui a été dit par les autres parents.

Une des deux études termine en déclarant que les injections du vaccin peuvent être perçues comme désagréables pour les enfants et les parents (22). Mais ce n'est pas un raisonnement qui a été évoqué durant les entretiens.

A travers les résultats, nous avons pu également remarquer que les expériences antérieures influencent la prise de décision des parents. Plusieurs études relatent la même chose (42, 43, 50). Une mauvaise expérience, vécue ou relatée, peut être une raison de remettre en question le vaccin RRO selon plusieurs parents. Cela a particulièrement été évoqué par les opposants, mais aussi dans les autres groupes de parents. Cependant, seul deux parents opposés ont précisé que cette expérience avait un lien avec le vaccin antirougeoleux. Les autres parents, qui ont vacciné leur enfant pour la plupart, n'ont donc pas été marqués par une mauvaise expérience en lien avec le RRO.

En effet, l'absence d'expérience négative avec le vaccin favorise la vaccination, mais avec la rougeole, cela a un effet contraire (43).

Cinq parents n'ont pas personnellement vécu de mauvaise expérience avec la rougeole et cela était une des raisons pour laquelle ils ont choisi de ne pas vacciner leur enfant contre la maladie. Cela fait lien avec l'absence de souvenir de la maladie dans la perception de la balance risques/bénéfices. Comme ces parents n'ont pas connu la rougeole et ce qu'elle peut entraîner, la balance risques/bénéfices s'inverse. La crainte des effets secondaires liés à la vaccination a remplacé la peur de la rougeole. Mais pour les parents qui ont vacciné leur enfant, la maladie est plus dangereuse que les éventuels effets secondaires du vaccin antirougeoleux. C'est pourquoi ils vaccinent (43).

En parallèle, le fait qu'ils n'aient pas attrapé la maladie malgré l'absence de vaccination, ne les incite pas non plus à se faire vacciner. Ils perçoivent donc le vaccin comme inutile, alors qu'en réalité, ils sont « protégés » par l'immunité collective (43). Cela part donc, encore une fois, de fausses croyances. Les parents qui ont vaccinés ne remettent pas en doute l'efficacité du vaccin, au contraire. Ils trouvaient qu'il était utile et nécessaire.

Terminons cette partie en discutant du genre et des caractéristiques socio-économiques des parents.

D'abord, une étude a fait état d'un lien entre l'hésitation vaccinale et le genre (36). Selon elle, les parents les plus réticents seraient des femmes de plus de 50 ans. Mais ce n'est pas ce qui a été retrouvé dans ce mémoire. Parmi les cinq opposants, trois sont des femmes et deux sont des hommes. Il y a donc une légère majorité de femmes, mais les parents sont âgés entre 35 et 50 ans, avec une moyenne de 43,8 ans. Tandis que les parents qui ont vacciné leur enfant sont toutes des femmes, âgées entre 38 et 50 ans, avec une moyenne de 43,8 ans également.

Une revue critique (35) avait, quant à elle, émis l'hypothèse que l'hésitation dites « passive », était probablement plus fréquente dans les groupes à faible statut socio-économique. En d'autres mots, le fait que les parents soient moins intéressés par la problématique et soient moins en recherche d'informations, ce serait en partie lié à leur situation socio-économique plus faible.

Deux autres études vont dans ce sens (47, 50, 51). L'une d'elles explique que selon le statut socio-économique du parent, des facteurs peuvent influencer positivement ou négativement la manière dont la personne gère la santé, et donc la vaccination (51). Pour un parent qui présente une situation socio-économique plus faible, il aura plus de difficultés à se faire vacciner. Par exemple, parce qu'il connaît peut-être moins bien les risques de se faire vacciner ou non, il a moins facilement accès au lieu de vaccination, il a moins de ressources financières, etc.

Pour rappel, je considère dans ce mémoire que les parents qui se trouvent le plus proche de l'hésitation dite « passive » sont les peu concernés. Tandis que les opposants se rapprochent plus de l'hésitation dite « rationalisée ». Et les hésitants et les acceptants se trouvent entre les deux, mais plus proches du premier cas. Je choisis donc de les joindre à ce groupe.

Les opposants présentaient une situation socio-économique supposée de 13,8/20 en moyenne. Mais elle reste inférieure à celle des autres parents interrogés, qui avaient un indice moyen de 18,6/20.

On peut donc conclure que les hypothèses des deux études, ne se retrouvent pas dans ce mémoire. C'est peut-être en partie parce que le vaccin est offert de 12 mois à 20 ans (3, 9, 10, 15).

Enfin, notons que le genre et la situation socio-économique ne sont pas des facteurs qui vont intervenir dans la prise de décision, mais des caractéristiques que l'on doit prendre en compte afin d'améliorer l'adhésion aux campagnes de promotion du vaccin RRO.

En résumé, certains facteurs ont joué, plus ou moins intensément, dans le refus ou l'acceptation d'administrer la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant.

Pour les parents qui ont administré la deuxième dose du vaccin RRO à leur enfant, les facteurs qui les ont le plus confortés dans leur décision sont : une perception de la balance risques/bénéfices en faveur de la vaccination ; la conviction que vacciner est utile, sans risque et la norme ; une confiance envers des médecins qui recommandent la vaccination ; l'utilisation de la médecine alternative en complément ; moins de fausses croyances; l'absence de mauvaise expérience avec le vaccin RRO ; et l'utilisation de sites internet fiables.

Alors que pour les parents qui ont refusé d'administrer la deuxième dose du vaccin, les facteurs qui les ont le plus poussés à prendre cette décision sont : une perception erronée de la balance risques/bénéfices, qui est liée au fait que la vaccination est perçue comme inutile et nocive ; l'utilisation, avant tout, de médecines alternatives ; de fausses croyances vis-à-vis de la maladie, du vaccin RRO et des médecins vaccinateurs ; une mauvaise perception de l'industrie et des lobbys pharmaceutiques ; une expérience désagréable avec la vaccination ou pas d'expérience du tout avec la maladie ; le lien avec l'autisme ; et enfin, l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux pour s'informer.

Notons cependant, que certains facteurs n'ont pas été cités par les parents. C'est le cas du schéma de vaccination du vaccin RRO, de la religion, de la culture, du coût de celui-ci, des éventuelles barrières géographiques, du rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique, de la fiabilité et des sources d'approvisionnement, ainsi que du mode d'administration.

3. Perspectives de recherche

Cette étude a permis de réaliser un préambule de ce qui peut influencer la décision des parents wallons d'administrer ou non la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant et du sens qu'ils donnent à ces raisons.

Cette étude est de type qualitative, avec un échantillon restreint, elle a donc un impact relativement faible. C'est pourquoi, il serait intéressant de réaliser une étude de type quantitative, avec un échantillon plus vaste, pour vérifier si les résultats obtenus dans cette étude sont représentatifs ou non pour toute la population Wallonne.

Cela pourrait aussi permettre d'explorer le caractère significatif des facteurs étudiés et d'analyser les possibles corrélations entre certains facteurs.

Par rapport à ce qui ressort des résultats de cette étude, nous avons remarqué que les professionnels de la santé, les pédiatres ou médecins généralistes, ont un rôle prédominant dans la prise de décision des parents. Il serait bon de les interroger également pour connaître leurs points de vue, leurs opinions et attitudes par rapport à la thématique.

4. Recommandations

Grâce au préambule réalisé par ce mémoire, des tendances ont été décelées. Cela permet d'énoncer quelques recommandations en lien avec les résultats.

D'abord, il semble que les parents interrogés avaient beaucoup de fausses croyances qui venaient de sources mensongères. Ensuite, nous avons remarqué que le professionnel de santé a un rôle majeur dans la prise de décision des parents.

Il faudrait d'abord connaître les éventuelles origines de ces fausses croyances, sur les modes de propagations et sur les façons d'y mettre fin.

Afin d'éliminer la désinformation, une étude a émis des recommandations (63). Pour démystifier un mythe de manière optimale, quatre conditions sont nécessaires. Il faut réfuter le mythe en mettant l'accent sur des faits ; avant de mentionner un mythe, il faut avertir le lecteur que les informations qui vont suivre sont fausses ; il faut donner une explication alternative pour expliquer pourquoi le mythe est faux ; et enfin, si possible, afficher les faits essentiels sous forme de graphique, qui sont plus clairs et donnent moins de possibilités d'interprétations erronées.

Un travail devrait également être réalisé sur les informations fournies aux professionnels de la santé et aux parents. De nombreuses études (4, 17, 30, 38, 40, 42, 64) affirment que pour diminuer l'hésitation vaccinale et lutter contre la désinformation, il faut développer les systèmes d'information et les stratégies de communication adaptée, dans une approche proactive.

De plus, ces actions seront également bénéfiques pour convaincre les parents qui se posent des questions sur la vaccination, même s'ils ont décidé de vacciner leur enfant contre la rougeole.

F. CONCLUSION

La rougeole est une infection virale très contagieuse, qui peut engendrer de graves complications. Le seul moyen de s'en protéger est la vaccination.

Mais malgré le caractère dangereux de la rougeole, j'ai observé qu'en Wallonie, la couverture vaccinale de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux n'atteint pas les objectifs de 95 % établi par l'OMS.

En conséquence, des épidémies apparaissent dans la région, se manifestant par de nombreux cas de rougeole. Rien qu'en 2019, 390 cas ont été détectés, soit trois fois plus qu'en 2018.

L'hésitation vaccinale peut être une des causes de cette faible couverture vaccinale de la deuxième dose dans la région.

En effet, à la différence de la première dose du vaccin contre la rougeole, la deuxième n'est pas obligatoire. Elle dépend donc juste du choix des parents de vacciner ou non leur enfant.

Il est donc nécessaire de connaître les facteurs pour lesquels les parents refusent ou acceptent d'administrer la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant, ainsi que le sens qu'ils donnent à ces facteurs. C'est ce que le groupe SAGE a émis comme recommandation dans son rapport de 2014, et c'est également l'objectif de ce mémoire.

Pour répondre à cette question, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de treize parents wallons.

Mais avant de lire les résultats, il faut prendre en compte les limites de ce mémoire.

Le fait que cette étude n'est pas représentative de la population wallonne, que la stratégie d'échantillonnage a été choisie par pragmatisme, que les résultats se basent sur des données auto-déclarées pouvant être déformés ou exagérés, que la subjectivité de l'auteur peut influencer les résultats, que le questionnaire utilisé n'a pas été validé et enfin, que suite aux événements liés au Covid-19, les positions et les avis des parents sur le sujet peuvent avoir changé.

Lors des résultats, nous avons constaté qu'il y a diverses raisons quant au refus ou l'acceptation des parents d'administrer la deuxième dose du vaccin à leur enfant.

Pour les parents qui ont administré la deuxième dose du vaccin RRO à leur enfant, les facteurs qui les ont le plus confortés dans leur décision sont : une perception de la balance risques/bénéfices en faveur de la vaccination ; la conviction que vacciner est utile, sans risque et la norme ; une confiance envers des médecins qui recommandent la vaccination ; l'utilisation de la médecine alternative en complément ; moins de fausses croyances sur le vaccin, la rougeole et les médecins vaccinateurs ; l'absence de mauvaise expérience avec le vaccin RRO ; et l'utilisation de sites internet fiables.

Alors que pour les parents qui ont refusé d'administrer la deuxième dose du vaccin, les facteurs qui les ont le plus poussés à prendre cette décision sont : une perception erronée de la balance risques/bénéfices, qui est liée au fait que la vaccination est perçue comme inutile et nocive ; l'utilisation, avant tout, de médecines alternatives ; de fausses croyances vis-à-vis de la maladie, du vaccin RRO et des médecins vaccinateurs ; une mauvaise perception de l'industrie et des lobbys pharmaceutiques ; une expérience désagréable avec la vaccination ou pas d'expérience du tout avec la maladie ; le lien avec l'autisme ; et enfin, l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux pour s'informer.

Ces facteurs ont aussi été retrouvés dans différentes études européennes, françaises et une étude belge. Ce qui souligne le fait que les parents wallons n'ont pas un comportement radicalement différent de nos pays voisins.

Cependant, quelques divergences doivent tout de même être soulignées.

Les parents interrogés utilisent plus fréquemment les médecines alternatives que la population belge. Or, nous savons que les professionnels de la santé ont un grand pouvoir sur les parents, de par leur force de recommandation.

Une étude liégeoise avait fait le lien entre l'hésitation vaccinale, le genre et la situation socio-économique du parent. Ce mémoire n'a pas retrouvé les mêmes résultats.

Des études ont également cité des facteurs qui n'ont pas été retrouvés dans ce mémoire. Aucun n'a parlé du schéma de vaccination du vaccin RRO, de la religion, de la culture, du coût de celui-ci, des éventuelles barrières géographiques, du rapport risques/bénéfices sur le plan épidémiologique, du mode d'administration, etc.

Mais cela ne veut pas dire qu'ils ne jouent pas un rôle dans le refus de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole pour la population wallonne. En effet, ce mémoire a été réalisé avec un échantillon restreint.

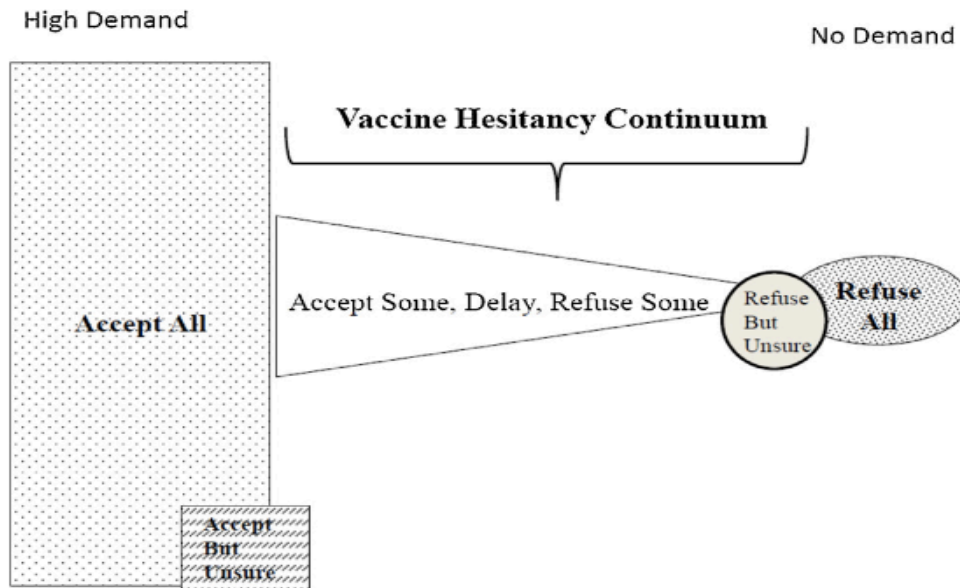
Il serait donc intéressant de réaliser une étude quantitative de plus large ampleur, pour vérifier si les raisons trouvées dans ce mémoire sont significatives pour tous les Wallons et d'analyser les possibles corrélations entre ces facteurs.

Ce mémoire est donc un préambule qui permettrait, au final, d'aider les professionnels de la santé de terrain à adapter la promotion de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole et donc améliorer la couverture vaccinale de la deuxième dose. Pour cela, il est nécessaire de démystifier les mythes de façon optimale et de transmettre, de manière proactive, des informations claires, justes et adaptées sur le sujet, autant aux médecins qu'aux parents, en utilisant tous les canaux de communication possibles.

ANNEXES

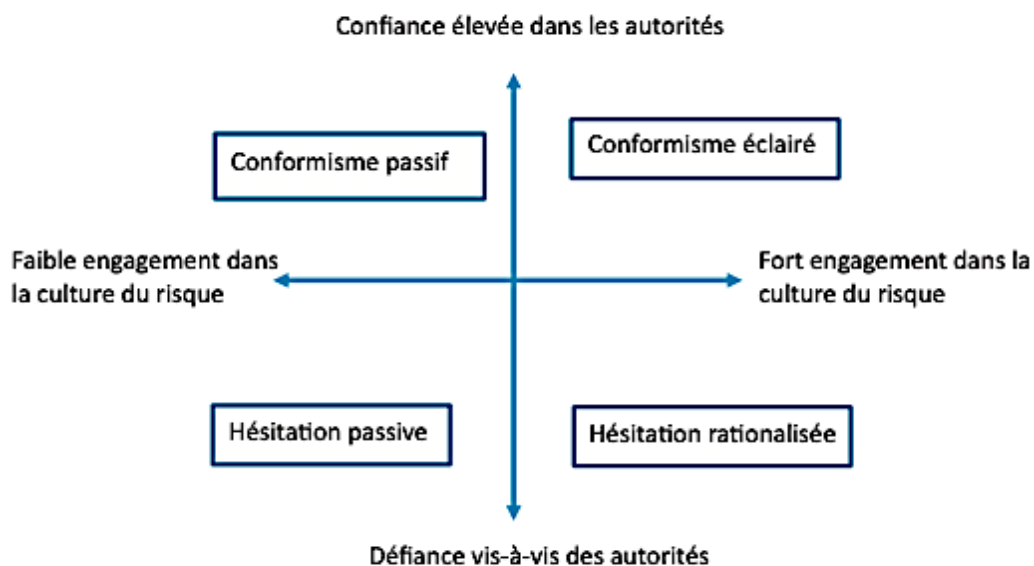
Annexe 1

Figure 1. Le continuum d'hésitation vis-à-vis des vaccins entre l'acceptation totale et le refus catégorique de tous les vaccins (30)



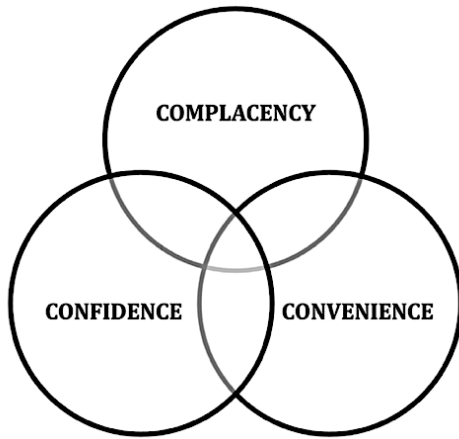
Annexe 2

Figure 2. cartographie bidimensionnelle (35)



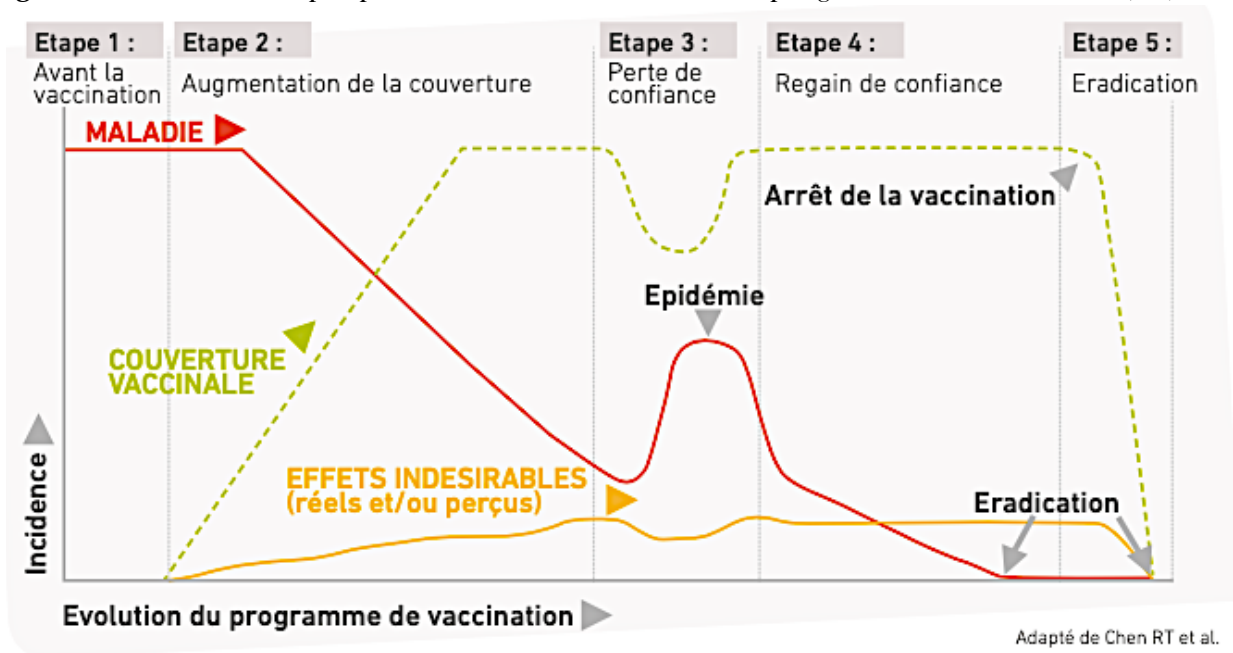
Annexe 3

Figure 3. modèle des 3C (30)



Annexe 4

Figure 4. schéma des étapes potentielles dans l'évolution du programme de vaccination (33)



Annexe 5

Exemple « type » de l'appel téléphonique

N (moi-même) : Madame/Monsieur X, bonjour. Je m'appelle Nadège Peel, je suis actuellement en deuxième du master en science de la santé publique à l'UCL. Cette année, je dois réaliser un mémoire, et j'aimerais prendre 5 minutes pour vous expliquer mon étude, en espérant que vous accepterez d'y participer. Êtes-vous d'accord ?

P (parent) : Oui (...).

N : Mon sujet portera sur ce qui peut influencer la prise de décision des parents à accepter ou à refuser d'administrer la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à un enfant de 11-13 ans. Pour pouvoir répondre à ma question de départ, j'aurais besoin de participants volontaires. C'est pour cela que je me permets de vous contacter aujourd'hui, dans l'espoir de pouvoir travailler avec vous.

Je compte réaliser un guide d'entretien, composé de plusieurs questions ouvertes, qui vous seront posées lors d'une entrevue de 30 min à maximum 1h, en fonction de la longueur de vos réponses. Ces questions porteront sur plusieurs éléments : des informations générales sur vous et votre enfant (âge, parcours scolaire, profil vaccinal,..), sur vos connaissances sur la vaccination et sur la rougeole, vos représentations/opinions/perceptions/expériences par rapport aux vaccins et particulièrement celui contre la rougeole, les moyens utilisés pour vous informer, vos relations avec le/les vaccinateur(s),...

J'aimerais vous rappeler qu'il n'y a pas de bonne réponse et que ce n'est pas grave si vous ne savez pas répondre à une ou plusieurs questions.

L'entretien sera enregistré avec votre accord, mais il est possible de l'interrompre à tout moment. Évidemment, toutes les informations partagées resteront confidentielles et votre anonymat est assuré dans ce travail, votre nom n'y apparaîtra pas.

L'entretien se déroulera entre février et mars 2020. Êtes-vous partant pour collaborer avec moi sur ce projet ?

P : Oui/non (...).

N : Super, je vous recontacterai par mail en janvier afin de préciser toutes les modalités de l'étude. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter sur mon mail : XXX. Bonne journée à vous !

Annexe 6

Mail « type » envoyé aux parents

Madame/Monsieur X, bonjour,

Je reviens vers vous afin de vous donner toutes les informations sur l'étude que vous avez accepté de porter volontaire.

Comme vous le savez, c'est dans le cadre de ma dernière année de master en science de la santé publique à l'UCL que je dois réaliser un mémoire. Il portera sur les facteurs qui influencent la prise de décision des parents d'administrer ou pas la deuxième dose du vaccin contre la rougeole à leur enfant de 11-13 ans. Et sur le sens donné à ces facteurs.

Pour répondre à cette question, un entretien d'environ 1h sera programmé durant le mois de février-mars. Durant l'entretien, je vous poserais une dizaine de questions ouvertes à propos de votre expérience, avis et perceptions sur la rougeole, la vaccination et sur le vaccin contre la rougeole en particulier (surtout la deuxième dose). Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et ce n'est pas grave si vous ne savez pas répondre à une question.

L'entretien sera enregistré avec votre accord, mais il est possible de l'interrompre à tout moment. Évidemment, toutes les informations partagées resteront confidentielles et votre anonymat est assuré. Cependant, vous pouvez, à tout moment, refuser de continuer de participer à l'étude, sans pénalité ou perte d'avantages.

Je souligne aussi que cette étude a été approuvée par le comité éthique hospitalo-facultaire de St-Luc et UCLouvain, et bénéficie d'une assurance.

Je vous remercie encore d'avoir accepté de participer à mon étude. Pourriez-vous me proposer des dates de rendez-vous (durant le mois de février-mars) pour l'entretien ?

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à me les poser.

Bien à vous,

Nadège Peel.

Annexe 7

Tableau 3. Guide d'entretien avec les thèmes et questions

Thèmes	Questions	Questions de relance
Connaissances générales sur la vaccination, la rougeole et le vaccin contre la rougeole	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me décrire la rougeole dans vos mots ? • Que savez-vous à propos de la vaccination ? • Expliquez-moi ce que vous savez à propos du vaccin contre la rougeole, et en particulier la deuxième dose? 	
Choix des vaccins et du vaccinateur	<ul style="list-style-type: none"> • Comment choisissez-vous les vaccins qu'on administre à votre enfant ? • Qu'en est-il de la 2^e dose du vaccin RRO ? • Qu'est-ce qui vous aurait fait changer d'avis ? • Quel moyen privilégiez-vous pour vacciner votre enfant ? • Pourquoi privilégiez-vous ce moyen ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Préférez-vous vacciner votre enfant par un médecin traitant, un pédiatre, ou par le SPSE (à l'école) ?
Moyens d'information pour le vaccin contre la rougeole	<ul style="list-style-type: none"> • Comment obtenez-vous des informations sur la deuxième dose du vaccin RRO ? • Pouvez-vous m'expliquer l'importance que vous accordez aux professionnels de santé, à vos proches ou aux institutions (école (SPSE), hôpitaux, ...) de soins pour vous informer ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les dispositifs que vous utilisez pour vous informer ? Les réseaux sociaux ? Des sites internet ? Les professionnels de santé ? L'entourage ?... • Comment l'école a-t-elle participé à votre information sur la 2^e dose du vaccin RRO ? • Pouvez-vous me décrire comment des professionnels de la santé ou proches vous ont informés (ou non) à propos de la deuxième dose du vaccin ?
Expérience avec le vaccin	<ul style="list-style-type: none"> • Pourriez-vous décrire un ou des événements marquants que vous avez connu avec le vaccin RRO (ou en particulier avec la deuxième dose)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me décrire un vécu/expérience que vous avez traversé à propos du vaccin RRO (ou en particulier avec la deuxième dose)?

Médecine alternative	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous m'expliquer votre rapport avec les médecines alternatives ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous expliquer quel rapport vous entretenez avec les médecines alternatives (acupuncture, aromathérapie,...)
Informations générales si les informations n'ont pas été dites durant l'entretien.	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter brièvement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel âge avez-vous ? • Où habitez-vous ? • Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ? • Quel est votre métier ? • Êtes-vous vacciné ? Si oui, contre quelles maladies ? • Avez-vous fait la deuxième dose du vaccin RRO ? • Votre enfant est-il vacciné ? Si oui, contre quelles maladies ? • A-t-il reçu la deuxième dose du vaccin RRO ? • Quelle école fréquente-t-il ?
Fin de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Voulez-vous ajouter quelque chose ? • Comment vous êtes-vous senti(e) durant cet entretien ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des questions ou des remarques ? • Après cet entretien, pouvez-vous m'expliquez-moi votre ressenti ?

BIBLIOGRAPHIE

1. VaxInfo. Les épidémies du premier semestre 2017 en Belgique et en Europe. 2017. [21 novembre 2019]. Available from: <https://www.vaxinfo.be/spip.php?article2248&lang=fr&retour=1>.
2. European Centre for Disease prevention and Control (ECDC). Monthly measles and rubella monitoring report. 2020. [18 avril 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/measles-rubella-monthly-report-april-2020.pdf>.
3. Sciensano. Analyse semestrielle rougeole Belgique 2019 [12 septembre 2019]. Available from: <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/reports/Rougeole%20-%20Epidemiologie%20-%20Analyse%20semestrielle%2001.01-30.06.2019.pdf>
4. Dommergues M-A. Vaccination rougeole: comment convaincre les parents? Médecine thérapeutique/Pédiatrie. 2010;13(5):392-7.
5. Vermeeren A, Miermans M-C, Swennen B. Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. 2014.
6. Organisation mondiale de la Santé. Rougeole. 2019 [8 avril 2019]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/measles>.
7. Commission Européenne. Questions et réponses: sommet mondial de la vaccination. 2019. 3 octobre 2019]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/qanda_19_5538.
8. Vermeeren A, Goffin F. Statistique de couverture vaccinale en 6ème primaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015-2016 [Convention Provac 2015-2016]. 2016.
9. Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). Rougeole : l'AVIQ rappelle l'importance de la vaccination. 2019 [8 avril 2019]. Available from: <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/2019%2002%2022%20CP%20AVIQ%20-%201%207%20AVIQ%20fait%20le%20point%20sur%20la%20rougeole.pdf>
10. Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), Sciensano. Rougeole. 2019. [10 septembre 2019]. Available from: <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Rougeole.pdf>.
11. Grammens T, Theeten H, Wyndham-Thomas C, Top G. Couverture vaccinale. 2017.
12. Vaccination-Info. Rougeole. 2019. [5 octobre 2019]. Available from: <https://www.vaccination-info.be/maladie/rougeole/>.
13. Delforge ML, DF, Govaerts F., Goubau P., Grammens T., Huard C. et al. Comité pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique : Plan d'action 2016-2020. 2015 [9 avril 2019]. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plan_daction_2016-2020_fr.pdf
14. Vaccination-Info. Quelle est la politique de vaccination en Belgique ? 2019. [12 septembre 2019]. Available from: <https://www.vaccination-info.be/quelle-est-la-politique-de-vaccination-en-belgique/>.
15. Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Vacciner? mieux comprendre pour décider 2013. [3 avril 2019]. Available from: https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/brochure_vaccination.pdf
16. European Scientist. L'UE accuse les fake news anti-vaccins pour le retour en force de la rougeole. 2018 [13 mars 2019]. Available from:

<https://www.europeanscientist.com/fr/sante/lue-accuse-les-fake-news-anti-vaccins-pour-le-retour-en-force-de-la-rougeole/>.

17. Begue P. Hésitation vaccinale et contestations autour de la vaccination en 2017. *International Journal of Medicine and Surgery*. 2017;4(1):80-5.
18. Tosun S, Olut AI, Tansug N. Adverse effects of single-component measles vaccine in school children. *Vaccine*. 2017;35(52):7309-11. Epub 2017/11/13. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.10.102. PubMed PMID: 29128384.
19. Gaudelus J. Rougeole: son élimination passe par une amélioration de la couverture vaccinale. *Antibiotiques*. 2010;12(1):67-74.
20. Paradis A. Évaluation qualitative de messages narratifs pour promouvoir la vaccination contre la rougeole auprès de parents canadiens. 2018.
21. Abad CL, Safdar N. The Reemergence of Measles. *Current Infectious Disease Reports*. 2015;17(12):51. doi: 10.1007/s11908-015-0506-5.
22. Holzmann H, Hengel H, Tenbusch M, Doerr HW. Eradication of measles: remaining challenges. *Medical Microbiology and Immunology*. 2016;205(3):201-8. doi: 10.1007/s00430-016-0451-4.
23. Sciensano. Analyse intermédiaire rougeole en Belgique 2019. [18 avril 2020]. Available from: https://www.sciensano.be/sites/www.wiv-isp.be/files/analyse_intermediaire_rougeole_9_2019_fr.pdf.
24. Vermeeren A, Goffin F. Statistique de couverture vaccinale en 2ème secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2016-2017 [Convention Provac 2017-2018]. 2018.
25. VaxInfo. Rougeole : le CSS abaisse l'âge d'administration du deuxième RRO. 2019. [13 septembre 2019]. Available from: <https://www.vaxinfo.be/spip.php?article3038&lang=fr&retour=1>.
26. Gouvernement de la Communauté française. 27 FEVRIER 2003 - Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant réglementation générale des milieux d'accueil. 2018. [12 septembre 2019]. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2003022766&table_name=loi.
27. Communauté française. Décret relatif à la promotion de la santé à l'école et dans l'enseignement supérieur hors universités. 2019. [8 février 2020]. Available from: https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/46329_000.pdf
28. Office de la naissance et de l'enfance et Fédération Wallonie-Bruxelles Le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les SPSE et les CPMS-WBE en 2019-2020. 2019. Available from: https://www.e-vax.be/VaccHelp/help/pdf/Memo_Rentree_2019-2020.pdf.
29. Eskola J, Liang X, Reingold A, Chaudhuri M, Dubé E, Gellin B, et al. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. 2014. [5 avril 2019]. Available from: http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf
30. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.

31. Larson HJ, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, Zhou Y, Dube E, et al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*. 2015;33(34):4165-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037>.
32. VaxInfo. Vaccine hesitancy : des réponses adaptées. 2016. [8 avril 2019]. Available from: <https://www.vaxinfo.be/spip.php?article1914&lang=fr&retour=1>.
33. Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), Semaine européenne de la vaccination. Les vaccins, ça marche ! 2018. [25 avril 2019]. Available from: https://www.ccref.org/e-vax/pdf/semaine_europeenne_de_la_vaccination_web_2018.pdf.
34. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination. 2015. [3 avril 2019]. Available from: https://www.rolandsimion.org/IMG/pdf/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf.
35. Peretti-Watel P, Verger P. L'hésitation vaccinale: une revue critique. *Journal des Anti-infectieux*. 2015;17(3):120-4.
36. Ketterer F, Trefois P, Miermans M-C, Vanmeerbeek M, Giet D. Les réticences à la vaccination: approche du phénomène à travers les données de la littérature. *Revue Médicale de Liège*. 2013;68(2):74-8.
37. Eskola J, Duclos P, Schuster M, MacDonald NE. How to deal with vaccine hesitancy? *Vaccine*. 2015;33(34):4215-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.043>.
38. Butler R, MacDonald NE. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*. 2015;33(34):4176-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.038>.
39. Nowak GJ, Gellin BG, MacDonald NE, Butler R. Addressing vaccine hesitancy: The potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine*. 2015;33(34):4204-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.039>.
40. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ. Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*. 2015;33(34):4180-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>.
41. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*. 2015;14(1):99-117. doi: 10.1586/14760584.2015.964212.
42. Karafillakis E, Larson HJ. The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine*. 2017;35(37):4840-50.
43. Rezola D. Freins et facteurs favorisant la vaccination antirougeoleuse : Etude qualitative chez des parents en Haute-Vienne et en Creuse en 2013-2014: Université de Limoges; 2014.
44. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Questions à poser lors d'enquêtes sur la réticence face aux vaccins conformément au tableau du SAGE. s.d. [10 septembre 2019]. Available from: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/Survey_Questions_Hesitancy_French.pdf?ua=1
45. Smith LE, Amlôt R, Weinman J, Yiend J, Rubin GJ. A systematic review of factors affecting vaccine uptake in young children. *Vaccine*. 2017;35(45):6059-69.

46. Stahl J-P, Cohen R, Denis F, Gaudelus J, Martinot A, Lery T, et al. The impact of the web and social networks on vaccination. New challenges and opportunities offered to fight against vaccine hesitancy. *Medecine et maladies infectieuses*. 2016;46(3):117-22.
47. Tabacchi G, Costantino C, Napoli G, Marchese V, Cracchiolo M, Casuccio A, et al. Determinants of European parents' decision on the vaccination of their children against measles, mumps and rubella: A systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(7):1909-23.
48. Housset B. Défiance vis-à-vis de la vaccination : pourquoi ? *Revue des Maladies Respiratoires*. 2019;36(8):955-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2019.06.011>.
49. Hoffman BL, Felter EM, Chu K-H, Shensa A, Hermann C, Wolynn T, et al. It's not all about autism: The emerging landscape of anti-vaccination sentiment on Facebook. *Vaccine*. 2019;37(16):2216-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.003>.
50. Facciola A, Visalli G, Orlando A, Bertuccio MP, Spataro P, Squeri R, et al. Vaccine hesitancy: An overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. *J Public Health Res*. 2019;8(1):1436. doi: 10.4081/jphr.2019.1436.
51. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual review of sociology*. 2010;36:349-70.
52. Larson HJ, De Figueiredo A, Xiaohong 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.
53. Van Lier E, Geraedts J, Oomen P, Giesbers H, Van Vliet J, Drijfhout I, et al. Vaccinatiegraad en jaarverslag rijksvaccinatieprogramma Nederland 2016. 2017.
54. Sciensano. Couverture vaccinale 2017 [3 avril 2020]. Available from: https://epidemiowiv-isp.be/ID/diseases/Documents/Couverture_vaccinale_Rapport_2017.pdf
55. Communauté française. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française établissant les listes des implantations de l'enseignement. 2019. [20 septembre 2019]. Available from: https://www.galilex.cfwb.be/document/pdf/46854_000.pdf.
56. Ayache M, Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective? *Le libellio d'Aegis*. 2011;7(2-Eté):33-46.
57. Larson H, de Figueiredo A, Karafillakis E, Rawal M. State of vaccine confidence in the EU 2018. Luxembourg: European Commission. 2018.
58. Simone B, Carrillo-Santistevé P, Lopalco PL. Healthcare workers' role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: a review of evidence. *Eurosurveillance*. 2012;17(26):20206. doi: <https://doi.org/10.2807/ese.17.26.20206-en>.
59. Van den Broucke S. La littératie en santé: un concept critique pour la santé publique. *La santé en action*. 2017;440:11-2.
60. LaLibre. Voici le temps que le Belge passe en moyenne devant la télévision. 2018. Available from: <https://www.lalibre.be/belgique/voici-le-temps-que-le-belge-passe-en-moyenne-devant-la-television-5acbbcadcd702f0c1accc69b>.
61. Statista. Fréquence de consultation d'un professionnel de la médecine alternative Belgique 2018. 2018. Available from: <https://fr.statista.com/statistiques/912593/frequence-de-consultation-de-professionnel-de-la-medecine-alternative-belgique/>

62. Collange F. L'hésitation vaccinale et les professionnels de santé : Etude des attitudes et pratiques des médecins généralistes, des pédiatres et des pharmaciens vis-à-vis de la vaccination: Université D'Aix-Marseille; 2019.
63. Cook J, Lewandowsky, S. The Debunking Handbook. St lucia, Australia. 2012. Available from: <http://ir.stonybrook.edu/jspui/bitstream/11401/8169/1/debunkinghandbook.pdf>
64. Dutilleul A, Morel J, Shilte C, Launay O, Autran B, Béhier J-M, et al. Comment améliorer l'acceptabilité vaccinale (évaluation, pharmacovigilance, communication, santé publique, obligation vaccinale, peurs et croyances). *Thérapie*. 2019;74(1):119-29.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp