

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Qu'ont à dire les enfants de 7-8 ans et leurs parents sur la vaccination ?

Étude qualitative utilisant le dessin à propos du rappel DTCaP.

HUET Mélanie |

Née le 21 avril 1990 à Châlons-sur-Marne (51)

RAIMBAULT Nathan |

Né le 10 avril 1991 à Angers (49)

Sous la direction de Mme la Professeure de CASABIANCA Catherine |
et Mme la Professeure VINAY Aubeline

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président

Monsieur le Professeur SENAND Rémy | Président

Madame la Professeure de CASABIANCA Catherine | Directrice

Madame la Professeure VINAY Aubeline | Co-directrice

Madame la Docteure DONZEAU Aurélie | Membre

Madame la Docteure RIQUIN Elise | Membre

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné RAIMBAULT Nathan,
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toute forme de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **10/01/2019**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Nathan Raimbault', written on a light background.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée HUET Mélanie,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toute forme de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **10/01/2019**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Mélanie Huet', written on a light background.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr LEROLLE Nicolas

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr LAGARCE Frédéric

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ DE NANTES

Doyen UFR Médecine: Pr JOLLIET Pascale

Vice-doyen chargé des Affaires Générales : Pr BOUCHOT Olivier

Vice-doyen chargé de la Formation et de l'Innovation Pédagogique : Pr POTTIER Pierre

Vice-doyen chargé de la Recherche : Pr DRENO Brigitte

Vice-doyen à la Formation Continue des Sciences et Techniques Médicales : Pr TROCHU J-N

Au DMG de Nantes :

NOM Prénom	Service d'affectation	Site	Fonction
BOUTON Céline	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	PU ass.
BRUTUS Laurent	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
FOURNIER Jean-Pascal	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
GORONFLOT Lionel	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	PU ass.
GRIMAUULT CHOPLIN Charlotte	Département de Médecine générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
HOMMEY Nicolas	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
JEANMOUGIN Pauline	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
JOURDAIN Maud	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU ass.
RAT Cédric	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	MCU titu.
SENAND Rémy	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	PU titu.
VANWASSENHOVE Laure	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	PU ass.
VARTANIAN Cyrille	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	PU ass.
HILD Sandrine	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	CCU
LARRAMENDY Stéphanie	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	CCU
ROUSSEAU Rosalie	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	CCU
VAN CLEEF Aline	Département de Médecine Générale	Faculté de Médecine	CCU

Au CHU de Nantes :

NOM Prénom	Service d'affectation	Site Hospitalier	Fonction
AGARD Christian	Médecine Interne	Hôtel Dieu	PU-PH
ASEHNOUNE Karim	Anesthésie Réanimation Chirurgicale	Hôtel Dieu	PU-PH
AUTAIN Karine	Anatomie et Cytologie Pathologiques	Immeuble J.Monnet	MCU-PH
BACH NGOHOU Botum Kalyane	Laboratoire de Biochimie Médicale	Hôtel Dieu	MCU-PH
BARON Olivier	Chirurgie Cardio-pédiatrique	H.M.E.	PU-PH
BARRIER Jacques	Médecine Interne	Faculté de Médecine	PU-PH Emérite jusqu'au 31/08/2019
BARRIÈRE Paul	Laboratoire de Biologie du Développement et de la Reproduction	H.M.E.	PU-PH
BATARD Eric	Urgences / SAMU SMUR	Immeuble J.Monnet	PU-PH
BAUD'HUIN Marc	Cytologie - Histologie	Faculté de Médecine	MCU-PH
BÉNÉ Marie-Christine	Laboratoire d'Hématologie Biologique	Hôtel Dieu	PU-PH
BENNOUNA Jaafar	Unité d'Oncologie Thoracique	Hôpital Laënnec	PU-PH
BERRUT Gilles	Médecine Aigue Gériatrique	Hôpital Belier	PU-PH
BEZIEAU Stéphane	Génétique Médicale	Hôtel Dieu	PU-PH
BLANC François-Xavier	Pneumologie	Hôpital Laënnec	PU-PH
BLANCHO Gilles	Néphrologie et Immunologie Clinique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
BODERE KRAEBER Françoise	Médecine Nucléaire	Hôtel Dieu	PU-PH
BONNAUD ANTIGNAC Angélique	Département de Sciences Humaines et Sociales	Faculté Pharmacie	PR
BONNOT Olivier	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Hôpital St Jacques	PU-PH
BORDURE Philippe	Clinique d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale	Hôtel Dieu	PU-PH
BOSSARD BOISSEAU Céline	Anatomie et Cytologie Pathologique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
BOUCHOT Olivier	Clinique Urologique	Hôtel Dieu	PU-PH
BOUTOILLE David	Maladies Infectieuses et Tropicales	Hôtel Dieu	PU-PH
BRESSOLETTE Céline	Laboratoire de Virologie	Hôtel Dieu	MCU-PH
BRULEY des VARANNES Stanislas	Hépatogastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle	Hôtel Dieu	PU-PH
BUFFENOIR BILLET Kevin	Neurochirurgie et Neuro-Traumatologie	Hôtel Dieu	PU-PH
CAILLON HAMON Jocelyne	Laboratoire de Bactériologie et Hygiène Hospitalière	Hôtel Dieu	MCU-PH

CARIOU Bertrand	Clinique d'Endocrinologie Maladies Métaboliques et Nutrition	Hôpital Laënnec	PU-PH
CHAMBELLAN Arnaud	Laboratoire de Physiologie des Explorations Fonctionnelles	Hôtel Dieu	MCU-PH
CHÉREL Michel	Centre de Recherche en Cancérologie	I.R.S. - UN	PU-PH
CHEVALLIER Patrice	Clinique d'Hématologie	Hôtel Dieu	PU-PH
CLASSE Jean-Marc	Oncologie Chirurgicale	I.C.O.	PU-PH
CLÉMENT Renaud	Département de Médecine Légale	UFR Médecine	MCU-PH
CORON Emmanuel	Hépatogastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle	Hôtel Dieu	PU-PH
CORRE Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Hôtel Dieu	PU-PH
CORVEC Stéphane	Laboratoire de Bactériologie et Hygiène Hospitalière	Hôtel Dieu	MCU-PH
DAILLY Eric	Laboratoire de Pharmacologie Clinique	Hôtel Dieu	PU-PH
DAMIER Philippe	Clinique Neurologique	Hôtel Dieu	PU-PH
DANTAL Jacques	Néphrologie et Immunologie Clinique	Hôpital Laënnec	PU-PH
DARMAUN Dominique	Hépatogastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle	UFR Médecine	PU-PH-S
DAVID Laurent	Plateforme de cellules souches	I.R.S. - UN	MCU-PH
DE DECKER Laure	Médecine aigüe gériatrique	Hôpital Bélier	PUPH
DELECRIN Joël	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	Hôtel Dieu	MCU-PH
DENIS Marc	Laboratoire de Biochimie Médicale	Hôtel Dieu	PU-PH
DERKINDEREN Pascal	Clinique Neurologique	Hôpital Laënnec	PU-PH
DESAL Hubert-Armand	Neuroradiologie diagnostique et interventionnelle	Hôpital Laënnec	PU-PH
DRENO LEFRAY Brigitte	Clinique Dermatologique	Hôtel Dieu	PU-PH
DUTEILLE Franck	Service des Brûlés Adultes et Enfants et Chirurgie plastique	Hôtel Dieu	PU-PH
ESPITALIER Florent	Clinique d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale	Hôtel Dieu	PU-PH
ESPITA Olivier	Médecine interne – Unité de médecine vasculaire	Hôtel Dieu	MCU-PH
FAKHOURI Fadi	Néphrologie et Immunologie Clinique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
FAYET Guillemette	Laboratoire de Physiologie des Explorations Fonctionnelles	Hôtel Dieu	MCU-PH
FLAMPANT Cyril	Néonatalogie et réanimation pédiatrique	H.M.E.	PU-PH
FOUCHER Yohann	Imagerie Médicale Biologie Pharmacie Santé Publique et Santé au Travail	I.R.S. - UN	MCF
FRAMPAS Eric	Radiologie et imagerie médicale	Hôtel Dieu	PU-PH
FRÉOUR Thomas	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction	Hôtel Dieu	PU-PH
GASCHET Joëlle	Biologie cellulaire	I.R.S. - UN	MCF
GIRAL Magali	Néphrologie et Immunologie Clinique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
GOUEFFIC Yann	Chirurgie Vasculaire	Hôpital Laënnec	PU-PH
GOURRAUD Pierre-Antoine	Service évaluation médicale et épidémiologique	Hôpital St Jacques	PU-PH
GRALL BRONNEC Marie	Addictologie	Hôpital St Jacques	PU-PH
GRAS-LE GUEN Christèle	Néonatalogie - Réanimation pédiatrique / Urgences. Pédiatriques	H.M.E.	PU-PH
GRATAS-RABBIARE Catherine	Labo. de Biochimie Médicale	Hôtel Dieu	MCU-PH
GROSS Raphaël	Médecine Physique et Réadaptation Neurologique	Hôpital St Jacques	PU-PH
GUÉRIN Patrice	Cardiologie et Maladies Vasculaire -s Unité d'Hémodynamique	Hôpital Laënnec	PU-PH
GUIHARD Gilles	Département de physiologie	UFR Médecine	MCF
HADJADJ Samy	Clinique d'Endocrinologie Maladies Métaboliques et Nutrition	Hôpital Laënnec	PU-PH
HAMEL Antoine	Chirurgie Infantile	H.M.E.	PU-PH
HAMIDOU Mohamed	Médecine Interne	Hôtel Dieu	PU-PH
HARB Jean	Labo. de Biochimie Médicale	Hôtel Dieu	MCU-PH
HERMOUET Sylvie	Labo. d'Hématologie Biologique	Hôtel Dieu	MCU-PH
HEYMANN Dominique	Cytologie - Histologie	I.C.O.	PU-PH
HOURLANT Maryvonne	Néphrologie et Immunologie Clinique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
JACOBI David	Clinique d'endocrinologie Maladies métaboliques et Nutrition	Hôpital Laënnec	MCU-PH
JEAN Miguel	Labo. Bio. du Développement et Reproduction	H.M.E.	MCU-PH
JOLLIET Pascale	Labo. De Pharmacologie Clinique	Hôtel Dieu	PU-PH
JOSIEN Régis	Labo. d'Immunologie biologique	Hôtel Dieu	PU-PH
KARAM Georges	Clinique Urologique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
KREMPF Michel	Clinique d'Endocrinologie Maladies Métaboliques et Nutrition	Hôpital Laënnec	PU-PH
LAMIRAULT Guillaume	Clinique Cardiologique et des Maladies Vasculaires	Hôpital Laënnec	MCU-PH
LAPLAUD David-Axel	Clinique Neurologique	Hôpital Laënnec	PU-PH
LAUNAY Elise	Clinique Médicale Pédiatrique	H.M.E.	MCU-PH
LE CAIGNEC Cédric	Génétique médicale	Hôtel Dieu	PU-PH
LE CONTE Philippe	Urgences / SAMU-SMUR	Hôtel Dieu	PU-PH
LE GOFF Benoît	Rhumatologie	Hôtel Dieu	MCU-PH

LE GOUILL Steven	Clinique d'Hématologie	Hôtel Dieu	PU-PH
LE MAREC Hervé	Clinique Cardiologique et des Maladies Vasculaires	Hôpital Laënnec	PU-PH
LE MEUR Guylène	Clinique Ophtalmologique	Hôtel Dieu	MCU-PH
LE TOURNEAU Thierry	Labo. de Physiologie des Explorations Fonctionnelles	Hôtel Dieu	PU-PH
LEBRANCHU Pierre	Clinique ophtalmologique	Hôtel Dieu	MCU-PH
LECLAIR Marc-David	Chirurgie Infantile	H.M.E.	PU-PH
LEJUS BOURDEAU Corinne	Anesthésie Réanimation Chirurgicale	Hôtel Dieu	PU-PH
LEMARCHAND Patricia	Unité de Thérapie Cellulaire et Génique	Hôtel Dieu	PU-PH
LEPELLETIER Didier	Labo. de Bactériologie et Hygiène Hospitalière	Hôtel Dieu	PU-PH
LOPES Patrice	Gynécologie et Obstétrique	Faculté de Médecine	PU-PH Emérite jusqu'au 31/08/2021
LOUVET Sylvain	Médecine du Sport et de l'Effort physique	Hôpital St Jacques	MCF
MAGNAN Antoine	Pneumologie	Hôpital Laënnec	PU-PH
MAHE Marc-André	Cancérologie Radiothérapie	C.L.C.C. Caen	PU-PH
MALARD Olivier	Clinique d'ORL et Chirurgie Cervico-faciale	Hôtel Dieu	PU-PH
MASSON Damien	Labo. de Biochimie Médicale	Hôtel Dieu	PU-PH
MATYSIAK BUDNIK Tamara	Hépatogastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle	Hôtel Dieu	PU-PH
MAUGARS Yves	Rhumatologie	Hôtel Dieu	PU-PH
MERCIER Sandra	Génétique Médicale	Hôtel Dieu	MCU-PH
MEURETTE Guillaume	Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne	Hôtel Dieu	PU-PH
MILIN BODET Caroline	Médecine Nucléaire	Hôtel Dieu	PU-PH
MIRALLIE Eric	Clinique Chirurgicale Digestive et Endocrinienne	Hôtel Dieu	PU-PH
MONTASSIER Emmanuel	Urgences / SAMU-SMUR	Immeuble J.Monnet	MCU-PH
MOREAU Philippe	Clinique d'Hématologie	Hôtel Dieu	PU-PH
MORET Leila	Service d'Evaluation Médicale et d'Epidémiologie	Hôpital St Jacques	PU-PH
MORIO Florent	Labo. de Parasitologie	Hôtel Dieu	MCU-PH
MOSNIER Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologique	Immeuble J.Monnet	PU-PH
NGUYEN Jean-Michel	Evaluation médicale Epidémiologie et Biostatistiques	Hôpital St Jacques	MCU-PH
NIZARD Julien	Centre Fédératif Douleurs Soins palliatifs et de Support Ethique clinique	Hôpital Laënnec	PU ass. PH
ORY Benjamin	Cytologie Histologie	U.F.R. Médecine	MCF
PASSUTI Norbert	Orthopédie et traumatologie	U.F.R. Médecine	PU-PH-S
PEREON Yann	Labo. de Physiologie des Explorations Fonctionnelles	Hôtel Dieu	PU-PH
PERROT Pierre	Brûlés adultes et enfants et Chirurgie plastique	Hôtel Dieu	PU-PH
PERROUIN VERBE Brigitte	Médecine Physique et Réadaptation Neurologique	Hôpital St Jacques	PU-PH
PILOQUET Philippe	Cytologie Histologie	U.F.R. Médecine	MCU-PH
PLANCHON Bernard	Médecine Interne	U.F.R. Médecine	PU-PH-S
PLOTEAU Stéphane	Gynécologie obstétrique	H.M.E.	MCU-PH
POTEL Gilles	Urgences / SAMU-SMUR	Immeuble J.Monnet	PU-PH
POTTIER Pierre	Médecine Interne	Hôtel Dieu	PU-PH
PROBST Vincent	Clinique Cardiologique et des Maladies Vasculaires	Hôpital Laënnec	PU-PH
QUEREUX Gaëlle	Clinique Dermatologique	Hôtel Dieu	PU-PH
RAFFI François	Maladies Infectieuses et Tropicales	Hôtel Dieu	PU-PH
REIGNIER Jean	Médecine intensive et réanimation	Hôtel Dieu	PU-PH
RIGAUD Jérôme	Urologie	Hôtel Dieu	PU-PH
ROQUILLY Antoine	Anesthésie Réanimation chirurgicale	Hôtel Dieu	PU-PH
ROUSSEAU Caroline	Médecine Nucléaire	I.C.O.	MCU-PH
ROUSSEL Jean-Christian	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire	Hôpital Laënnec	PU-PH
ROZE Jean-Christophe	Néonatalogie - Réanimation pédiatrique	H.M.E.	PU-PH
ROZEC Bertrand	Anesthésie Réanimation chirurgicale	Hôpital Laënnec	PU-PH
SERFATY Jean-Michel	Unité d'Imagerie diagnostique cardio-vasculaire	Hôpital Laënnec	PU-PH
SUPIOT Stéphane	Radiothérapie	I.C.O.	MCU-PH
TESSIER Philippe	Département de sciences humaines et sociales	U.F.R. Pharmacie	MCF
TOQUET Claire	Anatomie et Cytologie Pathologique	U.F.R. Pharmacie	MCU-PH
TOUMANIANTZ Gilles	Institut du Thorax - Physiologie	I.R.S. UN	MCF
TRICHET-MIGNE Valérie	Cytologie Histologie	U.F.R. Pharmacie	MCF
TROCHU Jean-Noël	Clinique Cardiologique et des Maladies Vasculaires	Hôpital Laënnec	PU-PH
VANELLE Jean-Marie	Unité de Sismothérapie et de Psychiatrie de liaison	Hôpital St Jacques	PU-PH
VIGNEAU VICTORRI Caroline	Labo. de Pharmacologie Clinique	Hôtel Dieu	MCU-PH
WEBER Michel	Clinique Ophtalmologique	Hôtel Dieu	PU-PH
WINER Norbert	Gynécologie obstétrique	H.M.E	PU-PH

REMERCIEMENTS

À Madame la Professeure Catherine de Casabianca pour vos réflexions et votre soutien permanent dans l'intérêt de notre travail ainsi que pour votre bienveillance.

À Madame la Professeure Aubeline Vinay pour avoir accepté de co-diriger cette recherche et pour votre expertise qui a permis de rassembler deux domaines de connaissances autour du soin de l'enfant.

À Messieurs les Professeurs Connan et Senand pour nous faire l'honneur de présider ce jury et pour le déplacement qui permet d'associer le travail de deux universités : Nantes et Angers.

À Mesdames les Docteurs Riquin et Donzeau pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, qui nous permet d'en avoir une analyse pluridisciplinaire. Merci pour la transmission de votre engagement dans le soin pédiatrique lors de nos stages.

À l'ensemble du groupe scolaire Joubert de Chalonnes-sur-Loire, son directeur, ses enseignants et à tous les enfants et leurs parents, pour avoir accepté de nous recevoir et s'être livrés sur ce sujet qui amènera toujours à réflexion. Merci à l'académie, à son directeur M. Dechambre et au médecin scolaire Dr Lejard.

Merci pour la confiance que vous nous avez accordée.

À l'ensemble de nos relecteurs et traducteurs : Zoé, Marie-Cécile, Nicole, Vanessa, Élodie, François, Adeline, Brigitte, Samira et Lorine.

Mélanie

Un grand merci Nathan d'être venu me chercher pour mener ce projet de thèse avec toi autour d'une problématique aussi passionnante. Ce fut un travail difficile mais notre intérêt commun pour la pédiatrie nous a portés. Merci également à Zoé pour ses conseils et ses nombreuses relectures.

Maman, Papa, vous m'avez offert une enfance rêvée, vous m'avez donné des limites et aussi la force de croire en mes rêves. Votre soutien a été inconditionnel durant ces 10 ans, ces 28 ans même, je vous en serai éternellement reconnaissante. Je vous aime du fond du cœur.

Adeline, ma sœur, merci à toi pour ton écoute, ton soutien, et tous ces souvenirs d'enfance, jusqu'à aujourd'hui, qui font que notre relation est unique et d'une puissance incomparable. Je t'aime... Des îles lointaines bleutées.

Mon Axel, merci pour ta candeur, ton innocence, tes sourires, tes éclats de rire, qui font que les moments passés auprès de toi sont d'une richesse infinie. Tu fais de moi une marraine et une tata comblée !

Maïe et Paï, merci pour vos appels, vos pensées, vos visites surprises, pour les brioches, le champagne, et j'en passe... Votre présence depuis toujours me porte dans mes choix et mes décisions d'adulte. Merci Paï de m'avoir fait découvrir l'Anjou, ton pays, je l'ai tellement aimé que je l'ai adopté !

Mémère Bellay, merci de m'avoir montré que tout est possible avec une pointe de volonté. Pépère, je suis certaine que d'où tu es, tu es fier de moi. Merci pour ces vacances fantastiques qui ont bercé les étés de mon enfance, au rythme de la moisson et des visites dans l'Argonne.

Je tiens à remercier tous mes oncles et tantes et mes cousins, de la Haute Savoie, à Fréjus, au Pays-Basque, jusqu'au bassin Parisien, à Londres... Merci à tous d'avoir contribué à un moment ou à un autre à mon épanouissement personnel.

Mim, Malo et Momo, vous avez fait de ces années de fac des années formidables. On a tellement ri, tellement dansé, tellement pleuré, tellement partagé, on s'est tellement soutenues. La distance n'a pas entamé nos liens, l'amitié est plus forte. Le « Quatuor infernal », vous êtes mes piliers !
Max et Manu, vous partagez nos délires sans jamais en avoir honte, je vous félicite !

Anaïs, merci pour tes mots toujours justes, ta présence à mes côtés depuis presque 20 ans, ton soutien, ton amitié... Et bien plus encore ! Tu es un exemple de réussite et de volonté, tu m'inspires chaque jour !
Un merci également « aux Mourmelonais », tellement de souvenirs auprès de vous.

Lulu, Coco et Juju, mes amis d'aventures. J'ai avec vous des souvenirs d'une grande richesse, en France et à l'étranger. J'ai découvert auprès de vous tout ce que les voyages ont de plus fort. Merci d'être là et de savoir m'aider à déconnecter.

Un grand merci à tous les « Mayennais », ce premier semestre restera ancré dans ma mémoire : Justine, Kevin, Thibaut, Julien, Yogan, Irène, Gabrielle, Anne, Marjorie, Grégoire, Augustin... Mayenne for ever !
Eugénie et Jean-Loup, merci pour votre soutien durant ce travail et pour ces longues soirées à refaire le monde...

Un GRAND merci Dominique et Gabrielle, pour m'avoir ouvert votre porte et m'avoir fait partager tous ces bons moments en Mayenne.

Clémence, merci pour toutes ces soirées Mario Kart-Pizza, et pour ton soutien !

Valérie, tu es mon exemple dans la profession. Quel plaisir d'avoir travaillé auprès de toi pendant un semestre. J'ai énormément appris à tes côtés, tu m'as aidée à prendre confiance en moi et à me construire en tant que médecin. Merci d'être encore là...

Je tiens à remercier le Dr Prel de m'avoir transmis son goût et sa passion pour la Médecine Générale. Et merci à Gaëlle pour tous ses bons conseils.

Nathan

À Mélanie, grâce à ce travail conjoint, l'analyse n'a pu être que plus passionnante. Merci pour nos échanges. Les nombreuses heures passées ensemble nous font rendre un travail dont nous sommes fiers. Ça en valait la peine.

À l'ensemble de ma famille, mes grands-parents, mais tout particulièrement mes parents et mes sœurs qui êtes là depuis toujours et à ma belle famille, pour vous c'est tout comme... Merci pour votre aide, votre accompagnement, votre soutien permanent, sans quoi je ne serais pas qui je suis.

À mes bandes de potes : d'enfance, la smala, mes potes du lycée, de médecine, la colloc de Vega... Vous avez tous eu un rôle, à votre manière, dans cet aboutissement et continuerez à avoir un rôle dans ma vie.

À toutes les personnes rencontrées en stages et grâce auxquelles j'ai pu apprendre à aimer la médecine et particulièrement la médecine générale. Merci à François, Claudine et Alain. Merci à l'équipe du centre de santé de l'île d'Yeu, des Urgences de la Roche-sur-Yon et celle de pédiatrie du CHU d'Angers, à la MPU de Cholet et l'équipe d'addictologie des APSYADES. Merci à Cécile pour m'avoir fait aimer la prévention en pédiatrie et pour nos échanges amicaux qui resteront passionnants.

Et à Zoé.

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
BCG	Vaccin bilié de Calmette et Guérin
CE	Cours Élémentaire
CM	Cours Moyen
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CP	Cours Préparatoire
DTCaP	Vaccin Diphtérie Tétanos Coqueluche acellulaire Poliomyélite
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
EMC	Enseignement Moral et Civique
HPV	Human PapillomaVirus
IDR	Intra-Dermo Réaction
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé
MG	Médecin Généraliste
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PES	Parcours Santé Éducatif
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
INTRODUCTION.....	21
MÉTHODES	25
1. <u>Type d'étude</u>	25
2. <u>Autorisations préalables</u>	25
3. <u>Lieu</u>	25
4. <u>Population</u>	25
5. <u>Consentements</u>	26
6. <u>Recueil de données</u>	26
6.1. Les enfants.....	26
6.2. Les parents.....	27
7. <u>Analyse</u>	28
8. <u>Répartition du travail</u>	29
RÉSULTATS & ANALYSES	31
1. <u>Population</u>	31
1.1. La population recrutée	31
1.1.1. Les enfants	31
1.1.2. Les parents.....	32
1.2. Caractéristiques de la population	33
2. <u>Données analysées</u>	34
2.1. Les dessins : commentaires donnés par l'enfant lors de l'entretien.....	34
Dessin n°1	35
Dessin n°5	36
Dessin n°9	37
Dessin n°13	38
Dessin n°14	39
Dessin n°17	40
Dessin n°21	41
Dessin n°24	42
Dessin n°30	43
Dessin n°32	44
Dessin n°36	45
Dessin n°40	46
Dessin n°44	47
2.2. Les enfants.....	48
2.2.1. L'acte vaccinal perçu par l'enfant	48
Les acteurs	48
Le vecteur.....	49
Stratégies de diminution de la douleur.....	50
Moment vaccinal	50
Administratif	51
2.2.2. Les ressentis autour de l'acte vaccinal.....	51
Mal-être.....	51
Bien-être	53
2.2.3. Les informations retenues par l'enfant	54
Objectif vaccinal	54
Projection collective.....	55
Décisionnaire vaccinal.....	55
2.2.4. Les échanges autour du vaccin avec l'enfant	56
Dans le cercle familial	56
Dans le milieu scolaire	57
Dans le milieu médical	58
À destination des enfants	
À destination des parents	
Autres supports	59
2.2.5. Le rapport au soin.....	60
Expériences de soin.....	60
Ressenti face au milieu de soin	60
L'objectif de la consultation et place du vaccin	61
2.3. Les analyses standardisées des dessins	62
2.4. Les entretiens des parents	64
2.4.1. Les parents et la décision de vaccination	64
Notion d'obligation	64
Motivations à la vaccination	65
L'école comme lieu possible de la vaccination.....	66
Un souhait des parents : se décharger de cet acte	

Temps éducatif autour de la santé	
Effet de groupe à double tranchant	
Des freins à la vaccination en milieu scolaire	
2.4.2. Les sources d'information	69
Les sources grand public	69
Les médias	
Le carnet de santé	
Support ludique	
Les sources personnelles	70
Le discours médical	
L'expérience personnelle du parent	
L'expérience des proches	
2.4.3. Comment le parent perçoit-il la vaccination de son enfant ?	72
Pour certains une trace persiste	72
Une perte de mémoire	73
Posture décisionnelle fragile	74
Souhait d'une posture transparente du médecin soutenant la vaccination	74
2.5. Les données croisées entre parents et enfants	75
DISCUSSION	83
1. La communication vaccinale au cabinet	83
1.1. La communication vers l'enfant	83
1.1.1. S'extraire de la piqûre	83
Un vecteur vaccinal entretenu comme douloureux	83
Explorer le vécu de soin	83
Considérer la douleur	84
1.1.2. La relation médecin-enfant	85
Statut du médecin	85
Enfant autonomisé mais angoissé ?	85
1.2. La communication parentale	86
1.2.1. Confiance confirmée mais critiquée envers le médecin	86
1.2.2. Transparence	86
1.2.3. Répondre aux inquiétudes parentales	86
1.2.4. Explorer l'expérience vaccinale des parents	87
1.3. Une consultation dédiée à la vaccination	88
1.3.1. Pour qui et quand ?	88
1.3.2. Objectifs	88
1.3.3. Technique	88
1.3.4. Acteurs	89
2. La place de la vaccination à l'école	91
2.1. Arguments pour la vaccination à l'école	91
2.2. Les réussites et les échecs de la vaccination à l'école en France	92
2.3. Quel est le rôle actuel de l'école dans l'approche de la vaccination ?	93
2.3.1. La réalisation de l'acte vaccinal à l'étranger	93
2.3.2. Programmes d'éducation à la vaccination	93
2.4. Comment introduire cet échange dans le milieu scolaire en France ?	94
2.4.1. Les freins	94
2.4.2. Les alternatives	95
3. Forces et limites de l'étude	97
3.1. Population	97
3.2. Méthodes	98
3.3. Analyses	99
CONCLUSION	101
BIBLIOGRAPHIE	102
LISTE DES FIGURES	106
LISTE DES TABLEAUX	106
ANNEXES	I
ANNEXE 1 : Avis du comité d'éthique du CNGE	I
ANNEXE 2 : Lettre d'information aux parents	II
ANNEXE 3 : Formulaire de consentement	III
ANNEXE 4 : Guide d'entretien des enfants	IV
ANNEXE 5 : Guide d'entretien des parents	V
ANNEXE 6 : Critères d'analyse standardisée du dessin libre	VI

INTRODUCTION

La vaccination est sujette à discussion en France. Ce débat a été relancé par l'instauration d'une nouvelle obligation vaccinale pour les nourrissons de moins de 18 mois à partir du 1^{er} janvier 2018 (1). Cette législation découle principalement d'un défaut de couverture vaccinale sur le sol français, notamment lié aux réticences parentales vis-à-vis de la vaccination.

Le rapport HUREL (2), établi en 2016 au sujet de la politique vaccinale, a précisé les causes de ces réticences. Il fait le lien entre la diminution de la morbi-mortalité d'anciennes maladies infectieuses graves couvertes par la vaccination et l'oubli des rappels vaccinaux par les parents (3). Il a également mis en lumière le doute sur l'innocuité des vaccins et la méfiance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques. Comme l'a précisé l'actuelle Ministre de la Santé, Madame la Professeure Agnès Buzyn, ces réticences sont également liées au manque de communication et à la succession de « crises » au sujet de la vaccination (Hépatite B en 1999, grippe H1N1 en 2009...) (4).

C'est l'ensemble de ces raisons qui a amené Madame la Ministre à instaurer l'extension de l'obligation vaccinale à 11 maladies. Cependant, certaines institutions, comme le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) n'étaient pas favorables à cette décision, la trouvant « inadaptée » (5). Le CNGE proposait en revanche « une campagne d'incitation » portée par les professionnels de santé et les pouvoirs publics en impliquant les usagers, afin de ne pas majorer la méfiance vis-à-vis de la vaccination.

Le médecin généraliste, le pédiatre et le médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont actuellement tous les trois effecteurs de la vaccination des enfants en France. Ils jouent donc un rôle primordial dans la prévention en pédiatrie. Selon une

étude de 2013 (6), le médecin généraliste assure le suivi de 63% des enfants de 2 à 6 ans, et de 71% des enfants de 6 et 7 ans. Le suivi des autres enfants étant réalisé par le pédiatre ou le médecin de PMI (avant 6 ans). 13% des consultations du médecin généraliste sont des consultations de pédiatrie (0 à 16 ans) ; 13,2% de ces consultations sont destinées à la prévention (dont 59% à la vaccination) (7).

Pour rappeler le rapport HUREL (2), il est établi qu'« un dialogue nourri entre le médecin et le patient ou l'un de ses représentants » est nécessaire à la prescription optimale d'une vaccination « afin d'arriver à une décision partagée ». Il faut garder à l'esprit qu'en France, les médecins sont en majorité confiants dans la vaccination et donc porteurs d'un message favorable à cette dernière (8). L'échange entre le médecin et le patient est donc primordial dans l'acceptation vaccinale ; dans le domaine de la pédiatrie, cet échange se fait majoritairement entre le médecin et les parents, laissant parfois l'enfant de côté (9).

À 6 ans, l'enfant est récepteur de la commande vaccinale. D'après la Théorie de Piaget, entre 7 et 11 ans, l'enfant entre dans un nouveau stade de développement appelé « le stade des opérations concrètes » : c'est durant cette période qu'il commence à utiliser une pensée logique en situation concrète. L'un des moyens les plus intéressants pour comprendre cette pensée logique et accéder aux connaissances de l'enfant est le dessin. À cet âge, l'enfant traduit mieux ce qu'il ressent par l'image et le graphisme que par le langage ou l'écriture. Le dessin devient donc la trace, l'autoportrait inconscient, la projection de sa propre existence et permet de faire apparaître le sentiment que l'enfant a de lui-même et du monde qui l'entoure (10).

D'autres travaux de recherches ont utilisé le dessin pour explorer la pensée de l'enfant, notamment « Dessine ton Docteur » (11). Dans cette étude, les enfants de 6 à 9

ans ont offert à travers leurs dessins une représentation de la fonction médicale ; pour certains, la vaccination apparaît comme un rôle essentiel du médecin. Cela sous-entend qu'une partie importante de l'empreinte médicale à cet âge est liée au vaccin ; il est donc intéressant de comprendre en quoi la vaccination fait trace chez l'enfant.

Cette période du développement est primordiale pour l'enfant, particulièrement dans le souvenir et donc dans la construction de la personnalité : « l'empreinte formatrice ou déformante laissée par l'ambiance familiale et sociale, est si puissante qu'elle demeurera toute la vie le modèle identificatoire inconscient de l'être humain (évasion ou invincible) » ROYER J. (12). Les connaissances acquises par l'enfant sont structurées autour de principes organisateurs qui peuvent être différents de ceux de l'adulte. Par exemple, le monde biologique est organisé autour de plusieurs concepts comme la croissance, la reproduction, la nutrition, le vivant opposé au non-vivant. L'apprentissage de nouvelles notions dépend notamment des connaissances préalables. L'enseignement n'est donc pas seulement l'acquisition de nouvelles connaissances mais aussi l'enrichissement de ces dernières. Les données acquises dès le plus jeune âge sont primordiales : ces bases sont alors le résultat des échanges dans le cadre familial et dans le milieu scolaire, qui sont les deux environnements principaux du jeune enfant (13).

La vaccination n'est actuellement plus réalisée dans le milieu scolaire en France. Mais en 2016, le comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination (14) proposait de recourir à l'école comme lieu de vaccination, éventuelle solution au défaut de couverture vaccinale.

Il est déjà connu que l'« outil-vaccin » est considéré comme « agressif, douloureux et violent » (15). Cet acte est d'autant plus difficile qu'il est réalisé chez

l'enfant, considéré dans notre société comme un être vulnérable et sous la protection de ses parents. Il est donc intéressant de comprendre l'origine de ces représentations et leurs variations en fonction de l'enfant et du binôme formé avec ses parents.

L'objectif est de comprendre, par un dessin et des entretiens semi-dirigés, réalisés peu de temps après le dernier rappel vaccinal des 6 ans, les représentations qu'ont les enfants de 7-8 ans autour de cet acte et les moyens par lesquels ces représentations se construisent, notamment dans le cercle familial.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Les chercheurs ont mené une étude qualitative à Chalonnes-sur-Loire, ville du Maine-et-Loire (49), entre le 4 juin et le 15 septembre 2018.

2. Autorisations préalables

Le protocole a été soumis au comité d'éthique du CNGE pour requérir son avis dans une étude en lien avec une population pédiatrique et dans un objectif de publication (Annexe 1).

Pour intervenir dans l'école, il a été nécessaire de recueillir l'accord du Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale. Celui-ci a été donné le 23 mai 2018. Le médecin scolaire rattaché à cette école a également été informé de l'intervention dans l'établissement.

3. Lieu

L'étude a été réalisée dans le groupe scolaire Joubert de Chalonnes-sur-Loire. Il a été choisi car c'est un établissement public dans un milieu semi-rural avec un accès médical pédiatrique et vaccinal varié (des médecins généralistes, un pédiatre, un service de PMI, des infirmières libérales...). L'école a un effectif important d'élèves scolarisés en CE1 et était connue, car fréquentée par l'un des chercheurs dans le passé.

4. Population

Les critères d'inclusion étaient : élève scolarisé en classe de CE1, âgé de 7 à 8 ans, ayant eu le rappel vaccinal DTCaP recommandé à l'âge de 6 ans. Cette population a été choisie pour que la probabilité d'une vaccination récente soit optimale. L'objectif du recrutement était d'obtenir un échantillon en variation maximale (critères de variation :

sexe et âge de l'enfant, professionnel de santé réalisant le suivi, fréquence des consultations médicales, présence d'une fratrie, parents hésitants ou favorables à la vaccination, parent présent lors de la consultation du rappel). La taille de l'échantillon avait pour objectif de tendre vers une saturation des données.

5. Consentements

Le projet a été présenté au directeur de l'école et aux professeurs des classes de CE1, de manière orale, accompagné d'une lettre d'information. Leur accord oral a été reçu après leur avoir laissé un temps de réflexion de plusieurs jours.

Il a été transmis à tous les parents des élèves de CE1 des classes dont les professeurs avaient donné leur accord, une lettre d'information (Annexe 2) expliquant l'étude et un formulaire de consentement à signer par les parents et l'enfant (Annexe 3). Cette transmission s'est faite grâce au cahier de liaison, accompagnée d'un mot simplifié du directeur. Les instituteurs ont récupéré les retours de consentement et les ont transmis aux chercheurs.

S'il existait un refus de la part des parents ou de l'élève lui-même, la réalisation du dessin était néanmoins proposée à l'enfant pour ne pas l'exclure du groupe classe. Ce dessin n'a cependant pas été analysé et l'enfant ainsi que ses parents n'ont pas été reçus en entretien.

6. Recueil de données

6.1. Les enfants

Le projet a été présenté en classe entière par le chercheur n°1 accompagné de l'enseignant. Le chercheur n°1 s'est présenté comme faisant partie de l'école des docteurs. L'enseignant s'est chargé de donner les consignes du dessin en précisant que cet exercice n'était pas une évaluation. Pour les classes à double niveau, les élèves des

autres niveaux (CP ou CE2) étaient également invités à réaliser un dessin. La consigne initiale était :

**« Raconte l'histoire de Paul ou Zoé,
qui va chez le médecin pour se faire vacciner »**

Il avait été distribué à chaque élève une feuille A4 blanche. Le numéro d'anonymat, pour les élèves de CE1, était inscrit dans un coin de la page.

Ils ont été informés qu'ils pouvaient utiliser l'ensemble de leur matériel habituel de classe pour produire leur réalisation. Il avait été expliqué aux professeurs l'importance de leur laisser suffisamment de temps pour que chaque élève puisse s'exprimer. L'activité a parfois été interrompue selon les besoins de l'instituteur de poursuivre les activités habituelles de la classe.

Dans un second temps, des entretiens semi-dirigés, individuels, ont été réalisés avec les enfants inclus dans l'étude, idéalement le jour même de la réalisation graphique ou au maximum une semaine après celle-ci pour diminuer le biais de mémorisation. Les entretiens ont été réalisés par le chercheur n°1, dans une pièce isolée de l'établissement (bureau du directeur). Ils ont tendu à ne pas excéder 15 minutes afin de permettre une attention optimale de l'enfant (durée d'une consultation, durée recommandée dans les manuels scolaires et discutée avec les enseignants). En fin d'entretien, il a été demandé à l'enfant le droit pour les chercheurs de garder le dessin.

6.2. Les parents

Le chercheur n°2 s'est entretenu avec les parents au cours d'entretiens semi-dirigés. Chaque famille a été contactée par mail ou par téléphone. Il a été proposé aux deux parents de l'enfant de participer. Le choix du lieu était laissé à la convenance de la personne entretenue. Lorsque les deux parents ont souhaité participer, ils ont été

entretenus séparément, pour ne pas perdre les arguments éventuels de l'un ou de l'autre et prendre en compte les réflexions de chacun.

Les entretiens des parents et des enfants ont été menés en suivant des guides (Annexes 4 et 5). Ces guides ont été réalisés sur des hypothèses sous-jacentes et construits en relation avec les directrices de thèse, en s'appuyant sur le livre *L'Entretien* d'Alain Blanchet et Anne Gotman (16). Ils ont été adaptés après une phase de pré-test de trois entretiens (pour les binômes 13, 30 et 36). Pour les enfants, une idée a émergé après la phase pré-test : explorer l'expérience clinique des enfants dans le soin. Pour les parents, le souvenir et la projection de la vaccination en milieu scolaire ont été davantage explorés.

Les entretiens ont été enregistrés via les dictaphones des téléphones portables des deux chercheurs, en association à des prises de notes manuscrites évaluant les réactions non verbales. Les retranscriptions se sont faites selon la technique « Verbatim », mot à mot, en respectant les silences, les hésitations et la fluence verbale.

Afin de conserver l'anonymat dans la présentation des résultats, il a été attribué de manière aléatoire un numéro à chaque famille. Celui-ci a été reporté sur tous les documents relatifs à ce groupe. Dans la présentation des données, Ex fait référence à l'entretien de l'enfant de la famille x, Mx à celui de la mère de la famille x et Px à celui du père de la famille x.

L'ensemble des entretiens, aussi bien des enfants que des parents, a été présenté sous format numérique sur le cédérom qui accompagne cet écrit.

7. Analyse

L'analyse des dessins a été faite de manière standardisée, reproductible, selon 9 règles d'analyse du dessin libre (Annexe 6) détaillées dans l'ouvrage du Professeure Vinay

(10). Elle a été réalisée de manière triangulée entre les deux chercheurs et l'une des directrices, experte dans le domaine et présentée dans les tableaux n°IIIa et b, pages 62-63.

L'analyse des entretiens a été réalisée en théorie ancrée, en lien avec les directrices de thèse, avec un codage et un tri par thèmes. L'analyse a été double, faite de manière indépendante par chaque chercheur, aussi bien pour les entretiens des enfants que ceux des parents. Les thèmes ont été regroupés puis réorganisés après triangulation avec les directrices pour faire émerger des avis.

8. Répartition du travail

Pour résumer, le chercheur n°1 a réalisé le recueil des données graphiques et verbales des enfants et les a retranscrites. Le chercheur n°2 a quant à lui réalisé les entretiens et les retranscriptions des données des parents. Chaque chercheur a rédigé la partie « résultats et analyses », qu'il avait recueillis. Les autres parties ont été rédigées de manière commune.

RÉSULTATS & ANALYSES

1. Population

1.1. La population recrutée

1.1.1. Les enfants

L'école Joubert de Chalonnes-sur-Loire, dans le département du Maine-et-Loire, disposait de quatre classes d'élèves de CE1, dont trois étaient de niveaux scolaires mixtes. L'institutrice de la classe n°4 (10 élèves de CE1) n'a pas souhaité participer à l'étude.

Sur ces trois classes, l'ensemble des enfants ont dessiné, y compris les enfants des classes à double niveau n'étant pas en CE1. 44 élèves de CE1 étaient éligibles à l'étude. Les chercheurs ont reçu l'accord pour 14 d'entre eux. Un enfant et ses parents ont été interrogés par les deux chercheurs et exclus dans un second temps car l'enfant n'avait pas été vacciné pour le rappel DTCaP des 6 ans. Ont donc été inclus dans l'étude 13 enfants.

Tableau I : Proportions de l'échantillon de l'étude.

		Effectif ciblé par l'étude	Nombre de personnes incluses
Classe 1	CE1	23	6
Classe 2	CE1-CE2	12	5
Classe 3	CP-CE1	9	2
Classe 4	CP-CE1	10	0
		54	13

Les dessins ont été réalisés de début juin à début juillet 2018. Pour la classe n°1, trois premiers élèves ont été entretenus le jour de leur dessin pour la phase pré-test. Pour les trois autres enfants de cette classe, les entretiens ont été réalisés à J+7 de la réalisation graphique : il s'agit des enfants des binômes n°17, 24 et 40. Il leur a été proposé un temps de relecture de leur dessin avant l'entretien, ce qu'aucun d'entre eux n'a souhaité. Pour la classe n°2, le professeur a interrompu la réalisation des dessins afin de poursuivre les activités de la classe. Il a été proposé à chacun des enfants de cette classe, lors de l'entretien, de compléter son dessin par oral. Les entretiens ont duré entre 6 et 22 minutes pour une durée moyenne de 14 minutes.

1.1.2. Les parents

Parallèlement, le chercheur n°2 a réalisé des entretiens auprès des parents de mi-juin à mi-septembre 2018. 15 entretiens ont été retenus. Ils ont duré entre 8 et 50 minutes, pour une durée moyenne de 29 minutes. Le chercheur n°2 n'a pas pu s'entretenir avec les parents de l'enfant du binôme n°40 du fait d'un refus de leur part lié à une barrière de langage trop importante. Néanmoins, les chercheurs ont analysé les informations données par l'enfant de manière isolée. Pour trois familles, le chercheur s'est entretenu avec les deux parents de manière séparée : les binômes n°1, 24 et 44. Sur les 15 entretiens réalisés et inclus, 13 ont été réalisés au domicile familial, 1 à la bibliothèque municipale et 1 autre à l'école même.

1.2. Caractéristiques de la population

Tableau II : Caractéristiques de la population.

Caractéristiques de la population									
N°	Enfant				Parent interrogé				Suivi
	Sexe	Âge	Classe	Position dans la fratrie	Statut	Âge	Profession	Profession autre parent	Professionnel suivant l'enfant
1	M	7,6	2	1/3	Père	37	Tourneur et pompier volontaire		PMI puis pédiatre et MG(épisodes aigus)
					Mère	36	Couturière		
5	F	7,9	3	1/2	Mère	27	Aide soignante	Agriculteur (Beau père)	MG
9	M	8,3	2	1/2	Père	40	En formation	Aide soignante	Pédiatre puis MG
13	F	7,8	1	2/3 (jumeaux)	Père	42	Enseignant	Infirmière	Pédiatre puis MG
14	F	8,2	2	2/2	Mère	42	Enseignante primaire	Directeur école maternelle	Pneumo-pédiatre et MG
17	F	8,3	1	4/4	Père	48	Cadre commercial export	Maitre d'hôtel	MG
21	F	8,5	3	3/3	Père	41	Gendarme	Responsable RH	MG
24	M	7,9	1	3/3	Père	45	Chargé de clientèle assurance		MG et pédopsychiatre
					Mère	41	Auxiliaire puéricultrice		
30	F	8	1	5/5	Mère	50	Mère au foyer	Décédé	MG
32	M	8,5	2	1/2	Père	36	Musicien	Chargé de projet	PMI puis pédiatre puis MG et pédopsychiatre
36	F	8,3	1	3/3	Mère	39	Aide soignante	Militaire	MG
40	M	7,9	1				Ouvrier Agricole	Ouvrier Agricole	
44	F	8,3	2	2/2	Père	40	Acheteur industriel		MG
					Mère	39	Conseillère prévention risque au travail		
				Information redondante			Non inclus. Pas d'information disponible ou non actualisée		

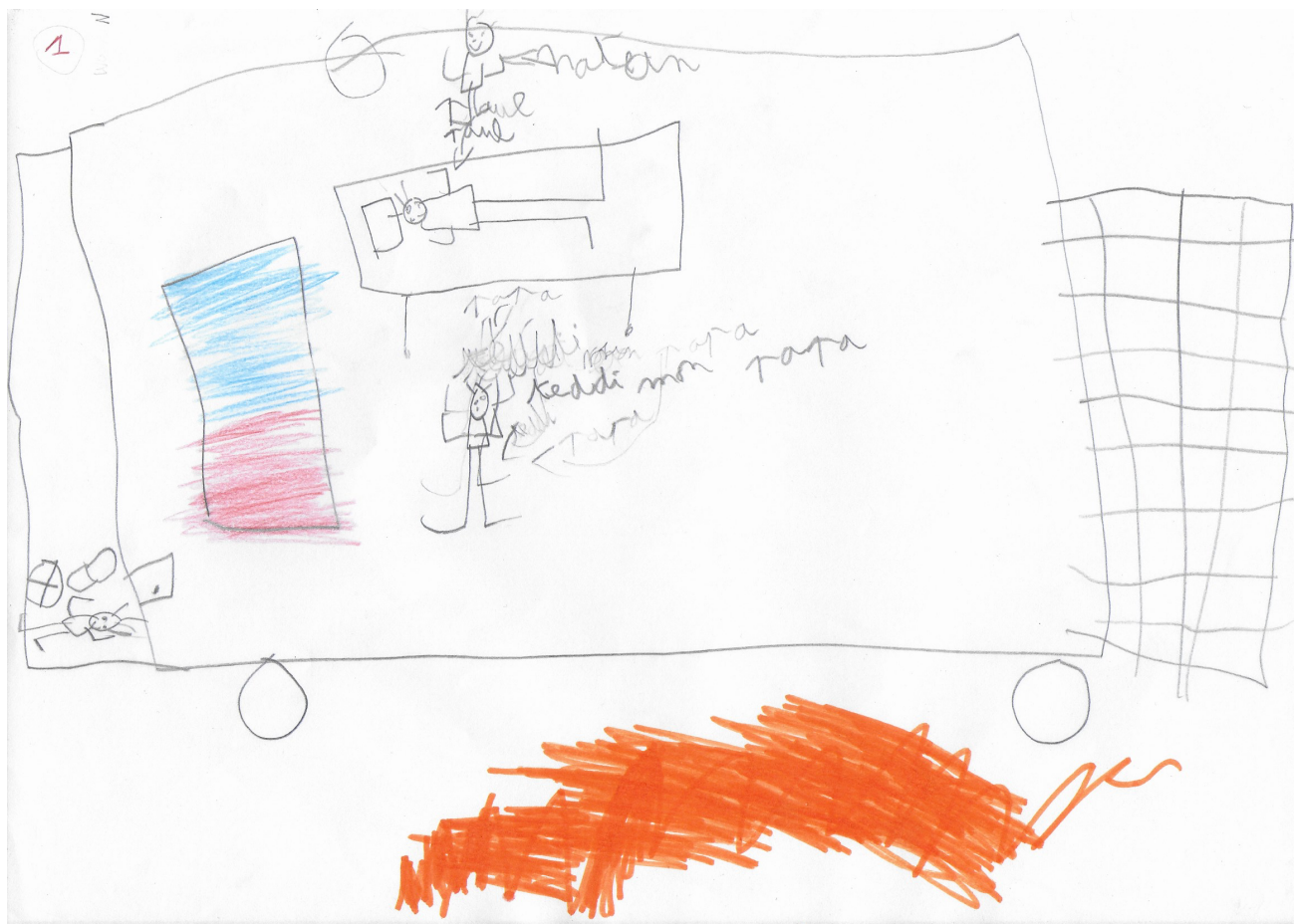
L'âge moyen de l'échantillon des enfants était de 8,1 ans. L'âge moyen de l'échantillon des parents était de 40 ans, ce qui peut laisser penser que la réflexion autour de l'acte vaccinal ou la liberté de parole sur ce sujet s'acquiert avec une certaine maturité et l'expérience d'être parent.

2. Données analysées

Un tableau récapitulatif des analyses standardisées individuelles des dessins est présenté dans la partie 2.3.

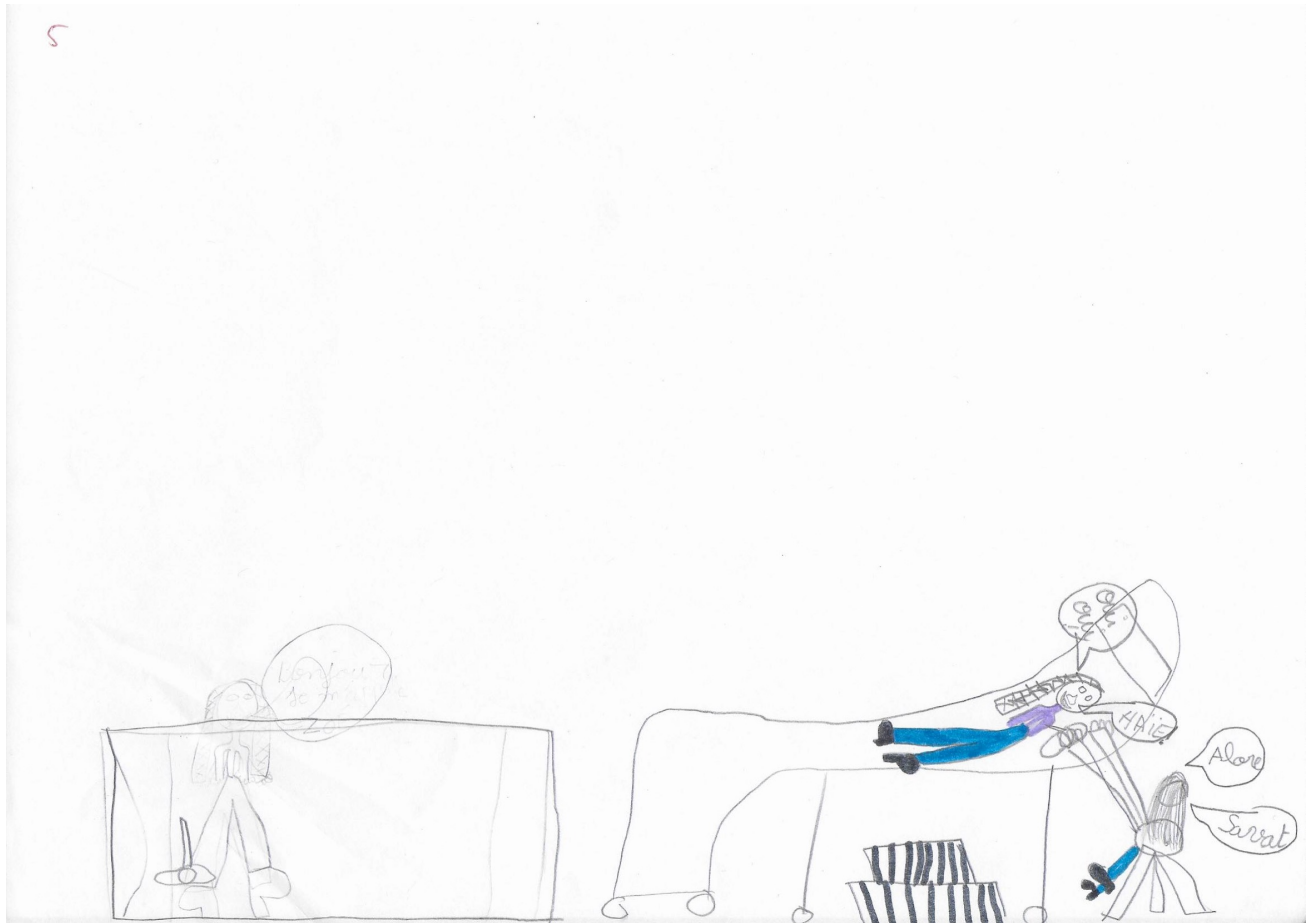
2.1. Les dessins : commentaires donnés par l'enfant lors de l'entretien

Dessin n°1



L'enfant dit avoir voulu dessiner son père car il « l'aime », ainsi que l'intervenant et le personnage de la consigne dans le monde des pompiers. Le camion était en train de rouler avec la sirène alors qu'il y avait un feu à côté. L'enfant a décrit les personnages et le camion. Il a émis un doute sur le fait que l'enfant soit dans le camion pour se faire vacciner.

Dessin n°5



L'enfant a décrit l'acteur vaccinal comme une dame qu'il a identifiée à postériori comme le docteur. Il a expliqué sa rature par un changement de positionnement du personnage. Il dit s'être projeté dans son dessin car il dit l'avoir réalisé à partir de sa propre expérience vaccinale. Il a affirmé son choix d'habiller les deux personnages de la même manière parce qu'il avait « envie ».

Dessin n°9



L'enfant a critiqué son dessin de seringue jugeant celle-ci comme trop petite. Il a expliqué l'ambivalence entre le sourire sur le visage de « Paule » et les larmes, car celles-ci ont été représentées dans un second temps. « Paule » a 9 ans. La tierce personne a été décrite comme une petite fille, non connue de « Paule » attendant de se faire vacciner.

Dessin n°13

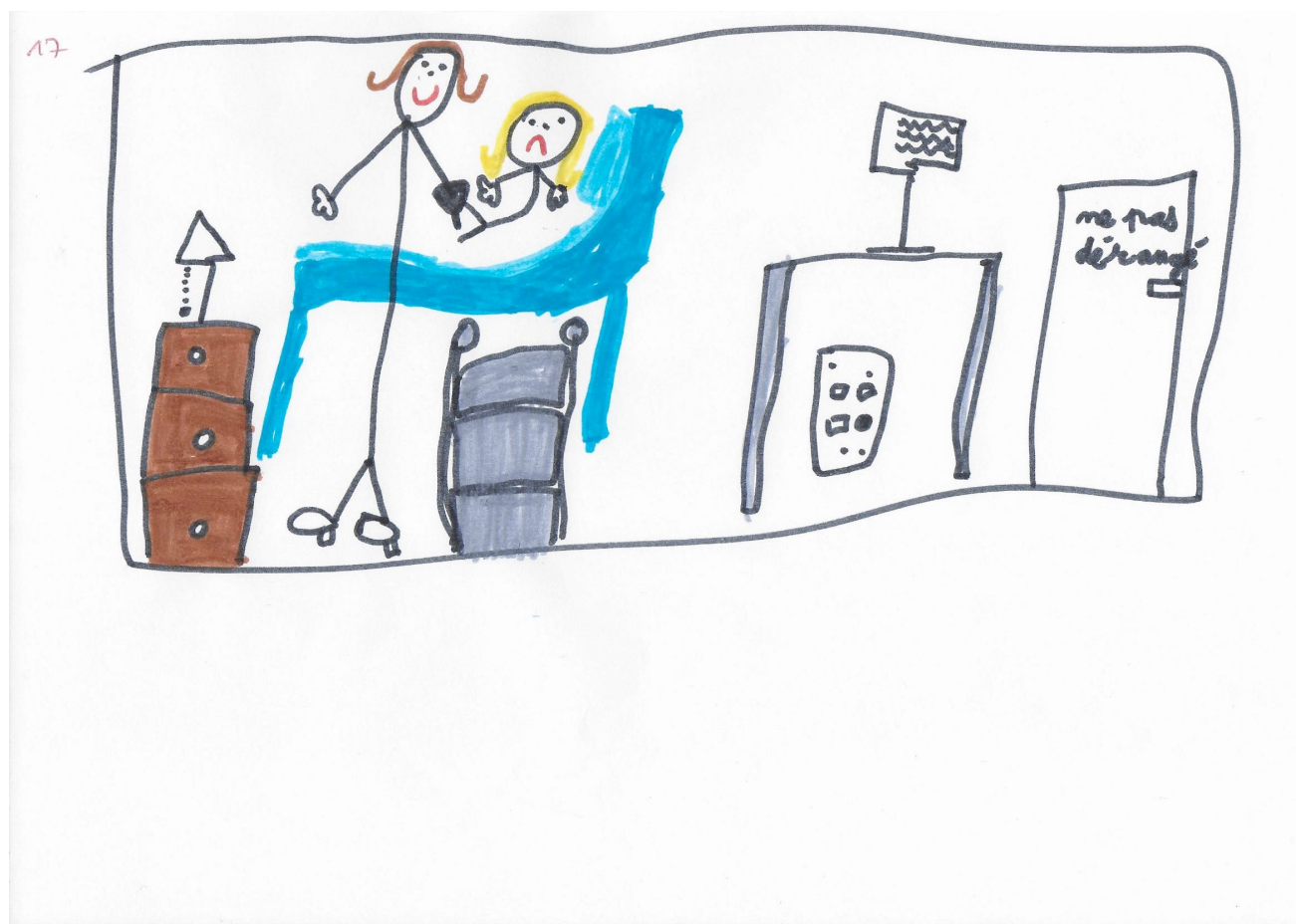


L'enfant a expliqué le rire par le fait que son dessin représentait l'acte vaccinal terminé. La description était centrée sur les émotions. L'actrice vaccinale était le médecin. L'enfant n'explique pas son absence de couleur.



L'enfant a dessiné une salle d'attente avec des magazines, avant d'arriver dans la salle d'examen pour se faire vacciner. Il a représenté des dossiers nominatifs sur les vaccinations mais également deux cabinets pour pouvoir vacciner plusieurs enfants si besoin. Les couleurs utilisées avaient pour but de représenter celles du cabinet connu par l'auteur.

Dessin n°17



L'enfant a insisté sur le fait que le personnage n'aimait pas ce qui se passait. L'ordinateur servait à conserver une trace vaccinale. Dans le meuble, l'enfant a projeté des bonbons pour récompense. Le médecin qui fait la piqûre était une personne qui sourit beaucoup. L'enfant allait être endormi, anesthésié pour ne pas avoir mal.

Dessin n°21



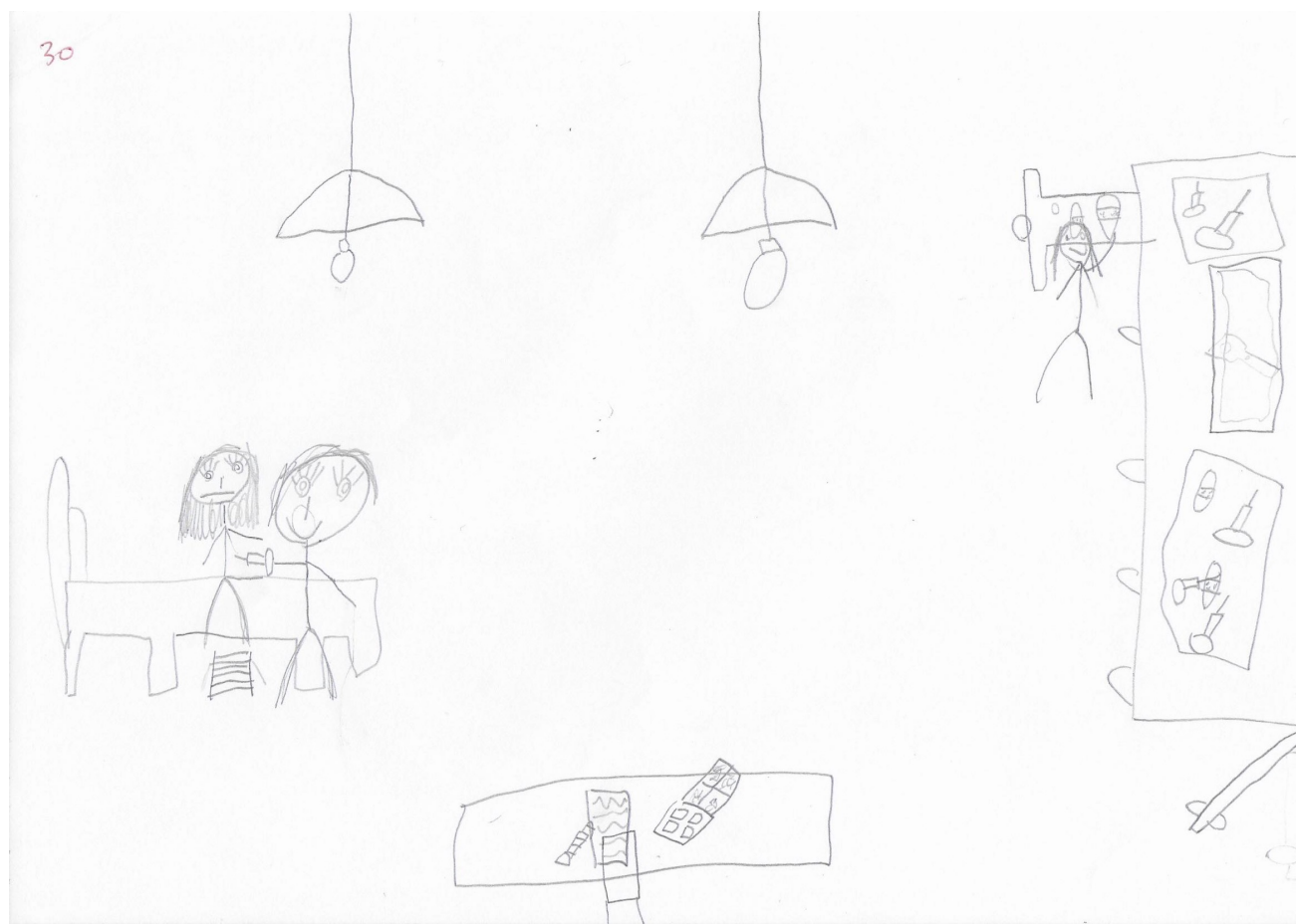
L'enfant a dit ne pas s'identifier dans son dessin et l'a décrit comme un bilan de santé global à l'hôpital avec l'infirmière, pour un contrôle de la normalité incluant le vaccin sous anesthésie. Il a représenté une télévision pour faire passer l'attente. La notion d'inquiétude du personnage « Zoé » a été évoquée, notamment pour les piqûres. L'enfant a projeté une amie réelle de classe dans son personnage car elle portait le même prénom que celui de la consigne.

Dessin n°24



L'enfant a très peu décrit son dessin dans l'entretien si ce n'est que « Il a pas aimé... ben le vaccin ». Le personnage représenté derrière était le docteur. L'enfant du dessin avait des larmes sur le visage et il criait parce qu'il avait mal.

Dessin n°30



L'enfant s'identifie rapidement au personnage de son dessin. Il a précisé que sa mère attend dans la salle d'attente. Il a amené la proposition de la localisation de l'injection (fesse/bras). Il a aussi expliqué la scène qui suit celle qui est dessinée : aller s'asseoir au bureau pour répondre aux questions. Il a présenté un médecin rassurant et la venue d'une collègue infirmière dans un second temps pour donner les pansements. L'enfant aurait également souhaité représenter des doudous sur le meuble.

Dessin n°32

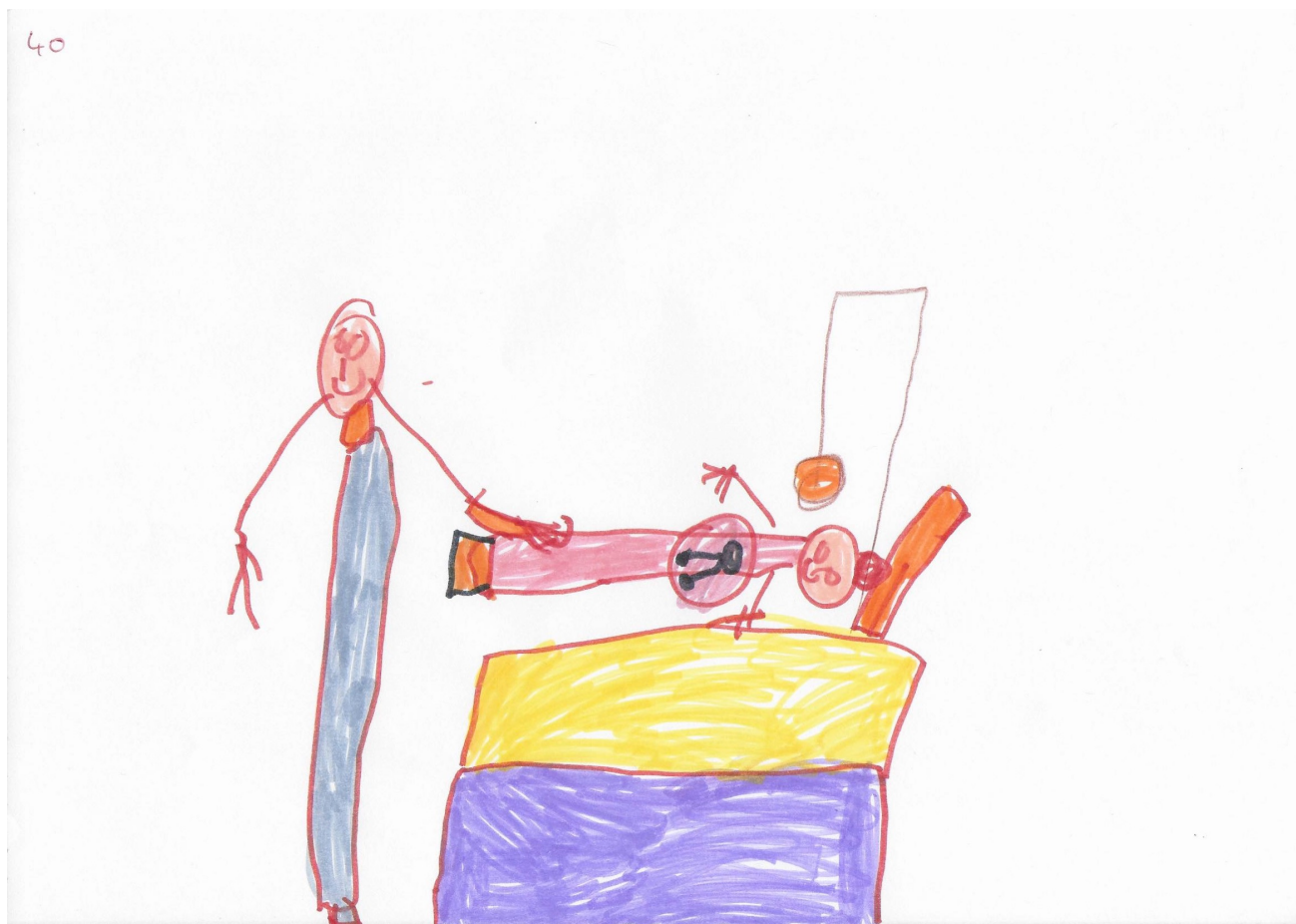


Le personnage « va chez le docteur faire la consultation » et est content d'y aller. L'auteur a localisé le cabinet dans sa ville et les bâtiments les plus importants de cette dernière (église, appartements, parking, cabinet...). Il aurait voulu colorier la route en gris et l'église en marron (a manqué de temps). Il a décrit un parking complet car c'est l'heure d'affluence au cabinet.

Dessin n°36

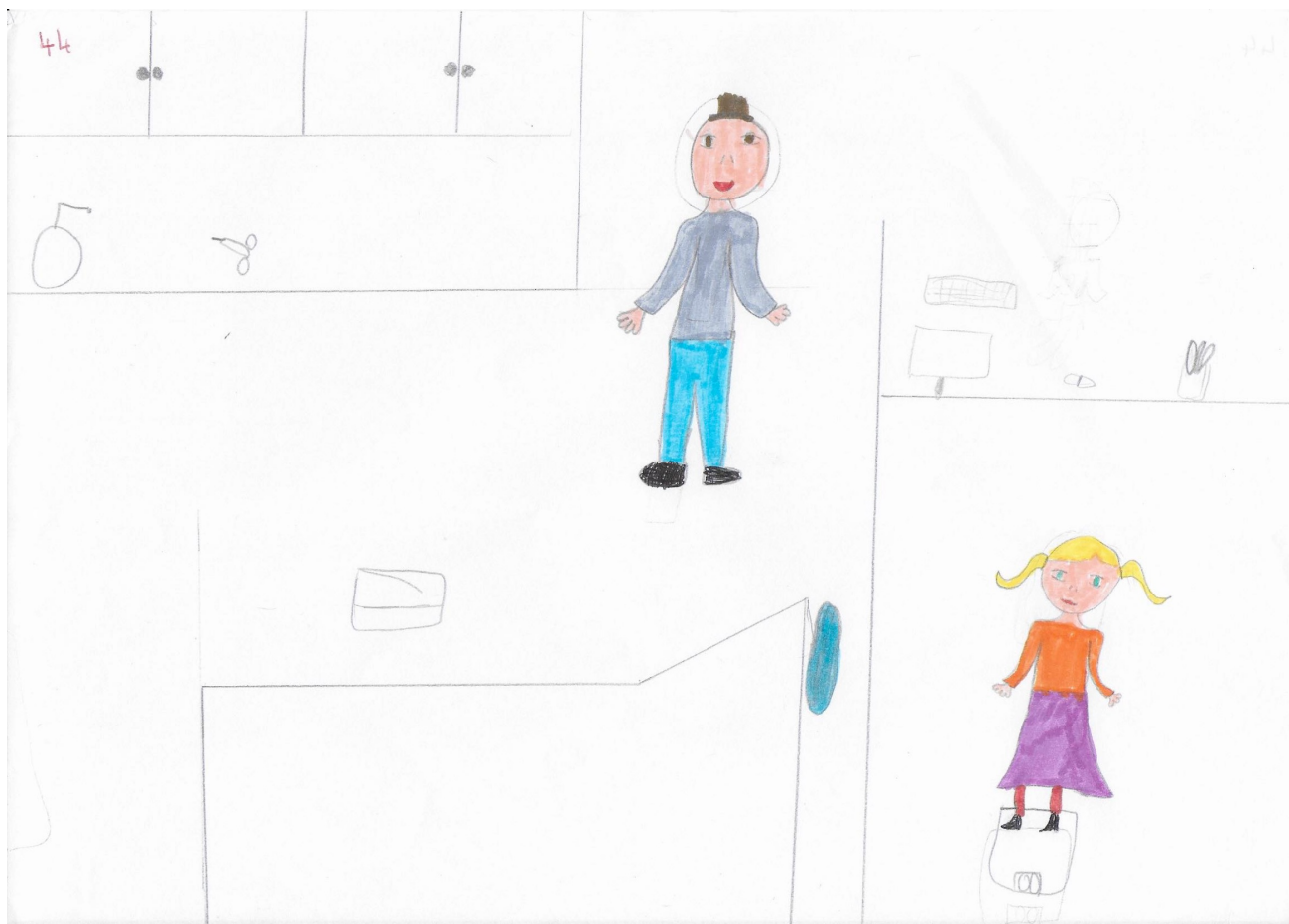


L'enfant a décrit une obligation pour le personnage d'aller se faire vacciner (« a dû aller »). Il a décrit le personnage comme angoissé. Il a représenté un stock de sérums, différents selon les maladies. L'enfant a dit avoir représenté le médecin en bleu car il ne pouvait pas représenter le blanc habituel des blouses.



L'enfant a présenté son dessin comme une scène de soin. Le personnage avec un enfant dans le ventre était « un grand frère », et il avait mal au ventre. Il venait se faire soigner. L'auteur a représenté un appareil pour « voir ce qui se passe » dans le corps. Durant l'entretien, l'enfant ne décrit pas de scène vaccinale.

Dessin n°44



L'enfant a décrit l'action de la pesée. Il a présenté la piqûre et le matériel médical en détail (médicaments dans les placards). L'auteur aurait souhaité rajouter des dialogues pour annoncer la raison de la consultation. Il a décrit un faciès stressé pour l'enfant. Il a expliqué l'absence de sa mère présente dans un bureau annexe.

2.2. Les enfants

2.2.1. L'acte vaccinal perçu par l'enfant

Les acteurs

L'enfant a identifié plusieurs acteurs et lieux autour de l'acte vaccinal : principalement le médecin dans son cabinet, « *elle va chez le médecin se faire vacciner et du coup elle passe par la porte et elle arrive dans la salle d'attente et après elle rentre dans le bureau* » (E14) qui vaccine sur une table d'examen, « *le lit qu'il y a parfois, où on nous fait des piqûres.* » (E36). Dans son acte, il est parfois assisté par une infirmière, « *y a une infirmière qui est venue... Il a appelé sa collègue pour prendre un pansement et le mettre sur mon bobo* » (E30 et dessin n°30). L'hôpital a également été identifié comme lieu vaccinal, « *ma maman elle m'avait dit pour y aller à l'hôpital pour me faire le vaccin* » (E40). Un enfant a émis le doute sur le rôle vaccinal des pompiers, « *Pourquoi il est dans un camion de pompiers ? [...] Heu... parce qu'il a un vaccin (doute)* » (E1).

Les enfants semblent porter de l'importance à ce personnage central, qu'il soit médecin ou infirmier. La majorité des dessins le valorise, seul présent avec l'enfant. Le dessin de l'enfant n°17 a mis en avant le lieu sous forme de « scène vaccinale », en encadrant sa réalisation. Les détails donnés dans celui-ci et dans les dessins des enfants n°14, 30 et 44, ont montré le désir des auteurs de représenter ce lieu vaccinal avec précision. L'enfant n°32 a quant à lui insisté sur les détails à l'extérieur du cabinet pour représenter au mieux sa ville, signant une valeur projective. Le dessin n°21 représente l'hôpital. La pièce inférieure, lieu de soin, semble être représentée au sous-sol (fenêtre), ce qui peut être angoissant (métaphore d'enterrement et donc de mort), mais l'enfant a tenté de la réchauffer par des couleurs.

Le vecteur

L'enfant a de nombreux mots pour expliquer et qualifier le vecteur vaccinal, majoritairement la piqûre, « *quelquefois y a des grosses piqûres, y a des petites* » (E30), « *une petite aiguille... Un petit pique* » (E9), « *la pince* » (E44), « *comme une piqûre de moustique* » (E24).

Celle-ci est au centre de plusieurs dessins. L'enfant a cherché à montrer l'agressivité de cette piqûre dans le dessin n°17, l'aiguille étant représentée en noir, en prolongement de la main du médecin. Dans le dessin n°5, celle-ci est représentée sous forme de trocart, alors que dans le dessin n°30, elle existe sous plusieurs tailles. Au contraire, dans le dessin n°13, l'enfant a voulu en diminuer l'agressivité en représentant le bout de l'aiguille carré.

Il a également nommé le produit d'injection, « *il a mis une petite maladie... Dans sa piqûre* » (E36) que l'enfant n°36 a représenté et voulu mettre au centre de son dessin.

La localisation de l'injection majoritairement évoquée a été le bras, parfois de manière bilatérale, « *Bah en fait on va lui en mettre une sur le bras et une de l'autre côté* » (E21). Un enfant a évoqué la possibilité de vacciner sur les fesses, « *« tu veux qu'on le fasse dans les fesses ou sur le bras ? » J'ai dit sur le bras* » (E30).

Le pansement a aussi joué un rôle, « *après on met un pansement euh, pour soigner un peu* » (E21), bien représenté dans le dessin de l'enfant n°30.

L'enfant avait donc bien identifié le vecteur vaccinal, qui s'intègre dans sa mémoire et sa représentation du vaccin en tant qu'élément central de ce dernier. Cependant, les qualificatifs donnés et les représentations faites laissent penser que les imaginaires

différent en fonction de l'expérience vaccinale vécue, propre à chacun.

Stratégies de diminution de la douleur

La douleur était un élément régulièrement mis en avant par l'enfant lors des entretiens et associé au vaccin. L'enfant a retenu la proposition du médecin d'utiliser la distraction pour diminuer cette douleur, « *il a compté jusqu'à 10. Je devais fermer les yeux et à 10 il devait me le faire et j'avais pas eu mal* » (E5). La présence parentale lui a également permis de moins souffrir, « *il y a ton papa ou ta maman qui te serre la main* » (E14). Certains moyens locaux ont également été retenus par l'enfant comme une crème ou un patch anesthésiant, « *il a mis une crème pour pas avoir très mal... Avant de faire la piqûre, pour endormir son épaule.* » (E44). L'anesthésie générale a été évoquée, « *elle a fait un tranquillisant, elle a fait une piqûre, après elle s'est endormie après elle a fait le vaccin.* » (E17). D'autres moyens ont été proposés pour soulager après l'acte vaccinal, « *Ah ba si on a mal on met une petite pommade ou si on a encore mal, du Doliprane* » (E14).

Le milieu médical prévient et prend en charge la douleur, mais la multitude de stratégies de diminution de celle-ci, évoquées par les enfants lors des entretiens, semble positionner le vaccin dans un acte majoritairement, voire uniquement générateur de souffrance.

Moment vaccinal

Le vaccin a pu être réalisé avant ou après l'examen clinique. Certains enfants accordent de l'importance au fait de contrôler la normalité avant, « *d'abord je préférerais qu'on vérifie mon corps... Au moins ça m'inquiète moins* » (E21). Un enfant a évoqué la

séparation d'avec sa mère lors de l'acte vaccinal, *« le médecin il est venu et ma maman était obligée de rester, (hésitations) à attendre dans la salle. »* (E30), qui a parfois été un choix de l'enfant pour protéger son parent, *« parce que maman elle aime pas quand on se fait opérer ou les trucs un peu qui saignent, parce que la pince ça saigne du coup ba je voulais pas trop qu'elle voie même elle elle voulait pas »* (E44).

L'acte vaccinal s'inscrit donc pour l'enfant dans un examen clinique attestant de la bonne santé de l'enfant, ce qui semble important pour lui. La séparation avec l'un de ses parents lors de ce moment singulier paraît avoir marqué l'enfant.

Administratif

L'enfant a identifié deux supports utiles au médecin pour le suivi vaccinal : l'ordinateur *« ça c'est l'ordinateur où elle/il a écrit le vaccin »* (E17) et un dossier papier, *« c'est comme des dossiers sur la vaccination, combien de fois ils se sont vaccinés, quel est le médecin »* (E14). Il a aussi remarqué que le vaccin est un acte tarifé, *« là c'est là où le docteur il s'assoit et l'autre il paie »* (E9).

Il souligne donc l'importance du suivi vaccinal par la nécessité de garder une trace identificatoire de celui-ci, par un système organisé, en partie géré par le médecin. Le dessin n°14 a illustré ce dossier vaccinal central lors de l'acte.

2.2.2. Les ressentis autour de l'acte vaccinal

Mal-être

L'acte vaccinal a fait naître des émotions chez l'enfant et principalement de la peur, peur de la douleur, *« il avait peur que ça lui fasse très très mal »* (E9). Cette peur

est souvent anticipatoire car le souvenir est lointain, *« ben parce qu'elle se souvenait plus de ce que ça faisait »* (E13).

L'auteur du dessin n°14 a voulu représenter cette angoisse s'installant avant la consultation vaccinale : le visage du personnage de projection en témoigne mais aussi cette impression d'isolement de l'enfant face à ce bâtiment, grand et coloré (dysharmonie spatiale). L'isolement a également été représenté dans le dessin de l'enfant du binôme n°17 avec cette notion *« ne pas dérangé »* qui ne laisse aucune chance à l'enfant que quelqu'un lui vienne en aide. Dans le dessin n°14, cette vaccination semblait attendue par l'enfant, tout comme l'enfant qui semblait attendu dans la salle de soin. Les auteurs ont également insisté sur l'opposition émotionnelle des deux personnages, tout comme dans le dessin de l'enfant du binôme n°30. Le dessin de l'enfant n°36 fait ressortir l'émotion générée chez l'enfant par le vaccin (visage rouge opposé au bleu représentant le monde médical) et le sentiment d'impuissance de l'enfant. Le personnage vacciné n'a pas de jambes, ce qui suppose une impossibilité pour lui de pouvoir partir. Il a également été évoqué la peur des effets secondaires, *« elle avait peur qu'elle l'attrape et qu'elle vomisse »* (E36). Le manque d'information a pu aussi générer de l'anxiété, *« aussi je savais pas pourquoi j'avais une piqûre »* (E1).

Dans la majorité des cas le vaccin a été douloureux, *« parce que quand on fait une piqûre ça fait mal »* (E14) et a aussi amené des effets secondaires douloureux, *« pendant une semaine après elle avait mal au bras »* (E17) et handicapants, *« après en fait, je pouvais plus bouger mon bras... Mais heureusement c'était le bras là où je me sers jamais... »* (E30).

L'enfant du binôme n°9 a centré son dessin sur cette douleur, représentée par les larmes, d'un bleu glace contrastant avec le reste des couleurs. Ce vaccin douloureux est

tenu par un bras non coloré comme si celui-ci n'était pas vivant. Dans le dessin n°1, l'enfant métaphorise le vaccin comme un danger extérieur, le feu, agressif (couleur orange). Il existe une notion d'urgence (gyrophare), qui donne du dynamisme au dessin et qui génère une angoisse chez l'enfant. Cela transmet une sensation d'insécurité face au vaccin. L'enfant n°24 exprime quant à lui toute sa détresse émotionnelle dans sa représentation graphique. Il a été ressenti dans ce dessin une révolte avec un rejet viscéral de l'acte vaccinal : l'enfant est debout les bras levés, l'aiguille dans le bras, et crie. La couleur rouge transmet la colère, qui contraste avec le bleu des larmes. Il insiste en confirmant sa pensée par écrit. L'émotion est telle qu'on note une perte de contrôle dans la réalisation de ce dessin (rature, dépassement).

Bien-être

L'enfant a exprimé un soulagement après l'acte vaccinal car celui-ci s'est bien passé, « *bah elle était contente, elle s'est dit « bah en fait ça faisait pas si mal que ça » »* (E14) ou par le fait de se sentir soigné, « *bah elle se dit « bah c'est bon, je suis toute soignée ! » »* (E21).

Le dessin n°13 a évoqué la peur première qui laisse place au soulagement une fois l'acte terminé (rire, sourire). Cela renforce l'idée que le souvenir ancien de la dernière vaccination peut jouer un rôle dans l'appréhension de l'enfant.

Ce moment a également été valorisé par la notion de récompense amenée par le médecin ou les parents, « *de toute façon après dès que j'ai un vaccin j'ai un cadeau par papa et maman et M. X il me donne des cartes de princesse ou de fées, parce que c'est un médecin gentil* » (E14). Le dessin n°32 a présenté un enfant marchant d'un pas affirmé, seul, vers le cabinet où la vaccination est supposée se passer, ce qui montre son état d'esprit volontaire face à la vaccination mais aussi son désir d'assurance.

2.2.3. Les informations retenues par l'enfant

Objectif vaccinal

Certains ne connaissent pas l'objectif vaccinal, « *ba rien parce que je sais rien sur les vaccins* » (E5), mais pour la majorité des enfants le vaccin permet de protéger des maladies, parfois graves, « *a pas qu'on ait des microbes ou des graves maladies* » (E9). Il permet parfois de diminuer les symptômes, « *ben tu risques peut-être d'avoir cette maladie mais moins forte que ceux qui se sont pas vaccinés* » (E14), et aussi d'éviter la mort mais surtout pour les plus fragiles, « *si t'es asthmatique comme moi ou immunodéficient ou même quand t'as rien du tout, il faut te protéger des maladies en faisant un vaccin parce que la grippe à un moment tu peux en mourir* » (E14). Le vaccin s'installe dans le temps, « *et après ça s'est mis dans le corps, et puis le corps pendant le temps qu'elle joue, il s'habitue à combattre cette maladie* » (E36). Il protège pour le futur, « *pour qu'elle évite d'avoir des maladies quand elle va être plus grande* » (E21) et apporte également des bénéfices secondaires, « *si pour le foot et pour le sport et puis l'école [...] Je savais parce que je voulais faire du foot et on fait un vaccin* » (E24).

De manière générale, l'avis sur le vaccin de la part des enfants était mitigé, « *bah que c'est bien, par contre que ça stresse quand même et qu'il faut en faire parce que ça nous protège. Et donc c'est bien d'un côté et pas bien de l'autre* » (E14), avec parfois des avis tranchés « *bah que c'est prioritaire.* » (E17).

Les connaissances sur l'objectif vaccinal semblent donc existantes mais variées et assimilées selon l'importance personnelle et les bénéfices que chaque enfant leur accorde (protection familiale, le sport...).

Projection collective

L'enfant a parfois pu projeter le vaccin comme un acte collectif, « *tout le monde dans le monde même les adultes ils devraient avoir un vaccin* » (E17). L'enfant n°14 a représenté plusieurs salles d'examen, permettant à plusieurs personnes de se faire vacciner au même moment. La vaccination a été un acte pour les adultes mais également pour les autres enfants, « *y a des copines et des copains qui ont eu des vaccins* » (E40). Un autre enfant, par son expérience, a pu élargir la vaccination à l'international, « *le vaccin, avant j'ai pas fait en France, j'ai fait en Russie, mais quand je suis venu là j'ai fait un deuxième* » (E40). Pour d'autres, certaines catégories de la population n'auraient pas besoin d'être vaccinées, « *ben non c'est un pompier* » (E1).

Décisionnaire vaccinal

Pour l'enfant, la personne qui décide de l'acte vaccinal a été majoritairement le médecin. La décision a souvent été conjointe avec les parents, « *c'est mes parents et M. X. qui décident un peu si c'est bien pour ma vie ou pas de faire des vaccins* » (E14). Parfois le médecin a proposé et les parents ont décidé, « *c'est le docteur qui prévient vous devriez faire une vaccination et les parents eux ils disent oui ou non si ils ont envie* » (E32). Ça a été très souvent une obligation pour l'enfant mais il a eu confiance en la bienveillance de ses parents, « *et je sais que mes parents ils mentent jamais, que si j'en ai besoin ou si j'en ai pas besoin* » (E21) et du médecin, « *c'est le docteur donc ça veut dire que c'est une bonne raison* » (E44). Des enfants ont évoqué le carnet de santé comme informateur vaccinal, « *mon carnet de santé... ça me dit un peu comme je suis, si il y a des choses, il faudrait me faire un vaccin pour me rajouter des médicaments ou du sang* » (E14). Un enfant a nommé une entité supérieure mais inconnue comme décisionnaire du vaccin, « *ben c'est le chef ou je sais pas, le chef du vaccin...* » (E40).

Chacune de ces réflexions laisse supposer que l'enfant ne s'autorise aucune place décisionnelle quant au vaccin qui lui est destiné et qu'il la laisse à ses parents et au médecin. Il intègre cependant l'importance collective de celui-ci.

2.2.4. Les échanges autour du vaccin avec l'enfant

Dans le cercle familial

Les principaux échanges autour de la vaccination ont été rapportés au domicile, souvent par les mères, ou les deux parents, « *je savais mes parents ils m'ont dit* » (E40) mais jamais par les pères uniquement. Parfois, la fratrie a été source d'échange. Dans certaines situations, le vaccin a été une mission familiale, « *c'est mon papa et ma maman et papi et mamie ben quasiment toute ma famille me dit comment ça se passe.* » (E14).

Ces échanges ont à certains moments été initiés dans un contexte particulier, notamment pour justifier le vaccin dans une situation à risque, par exemple le tétanos, « *je savais pas ce que ça voulait dire, se vacciner, quand j'ai été vacciné, je savais pas mais après elle (sa mère) m'a expliqué quand j'ai marché sur un clou pointu.* » (E32). Lorsque l'un des parents exerçait une profession dans le domaine de la santé, cela incitait davantage à l'échange, « *je lui ai demandé, parce que comme... Elle avait fait un stage à l'hôpital donc...* » (E36). Parfois, l'angoisse de l'un des parents a créé l'échange, « *papa il dit, il va faire bientôt le vaccin, il a peur...* » (E40). Le souvenir de l'expérience parentale permet aussi d'aborder le sujet, « *leurs parents ils prenaient des photos pour voir si, pour montrer à leurs enfants après... Je leur ai dit aussi pourquoi, enfin c'est quoi cette piqûre et à quoi ça sert et ils m'ont tout expliqué après à quoi ça servait...* » (E44).

L'échange a souvent eu lieu pour annoncer l'acte vaccinal, « *c'est ma maman elle m'a dit « M., on va faire ton vaccin dans 6 jours ou 5 jours » et j'ai dit d'accord...* » (E30). Cette annonce a pu être génératrice d'angoisse, « *ses parents ils l'ont en même temps un*

petit peu inquiétée » (E21). Dans d'autres cas les parents ont eu pour rôle d'expliquer l'objectif vaccinal tout en rassurant l'enfant, *« ben non ses parents ils la rassurent, ils lui disent que non ça fait pas mal, ça passe vite et c'est bien parce qu'après t'as plus de maladie, ben tu risques peut-être d'avoir cette maladie mais moins forte que ceux qui se sont pas vaccinés » (E14).* Pour rassurer, ils ont parfois utilisé de la minimisation métaphorique, *« t'auras une piqûre, ça va faire comme si tu mettais des boucles d'oreilles, un truc comme ça et pam, c'est fini » (E21).*

Ce besoin d'être rassuré et protégé a été exprimé dans le dessin de l'enfant n°1, qui présente son père, mais également des figures masculines l'entourant. La représentation du camion de pompiers peut également faire référence à un cadre protecteur, une maison ou le ventre maternel. Les parents semblent être la source majoritaire de l'information vaccinale vers l'enfant, dans un rôle d'annonce de l'acte mais également dans l'explication de l'objectif. Cette transmission peut parfois naître d'un événement particulier au sein du cercle familial.

Dans le milieu scolaire

La majorité des enfants n'a pas rapporté d'échange sur la vaccination à l'école ou seulement celui induit par l'étude, *« heu non. C'est que quand il nous a donné le mot » (E30).* Un seul enfant a évoqué un échange en milieu scolaire, *« en maternelle, il nous a dit tout sur les vaccins et quand on est venu au CP et en CE1 quand je suis venu maintenant en CE1 ben on a appris sur les vaccins » (E40)* (à noter que cet enfant a eu une expérience scolaire dans d'autres pays). L'école est restée cependant le lieu d'échanges privilégié entre camarades, parfois générateur d'angoisse, *« un petit peu stressée en même temps, de ce que lui ont dit ses copains... » (E21).*

Si les informations vaccinales existent actuellement dans les écoles françaises, les enfants ne semblent pas les avoir retenues si ce n'est dans un échange avec leurs pairs.

Dans le milieu médical

À destination des enfants

Au cours de la consultation, le médecin s'est adressé aux enfants, « *« alors t'as mal à quel côté ? » ... « Est ce que quand j'appuie ça fait mal ? » »* (E21). En ce qui concerne le vaccin, il a annoncé la douleur, « *Sans doute le docteur il lui a dit que ça faisait un petit peu mal.* » (E9) puis il a expliqué l'acte, « *il m'a expliqué comment il allait transpercer, avec quels outils et si il allait mettre une crème ou pas* » (E44). Enfin, il a rassuré à propos de l'acte vaccinal, « *il me dit « t'as pas peur ? » Il me demande si ça me fait mal quand elle me met le produit »* (E36).

Cette réassurance de la part du milieu médical a pu être ressentie dans plusieurs dessins, notamment celui de l'enfant n°21, mais aussi le dessin n°13 exposant une proximité entre les personnages avec un contact physique. Parfois, l'enfant a répondu pour rassurer le médecin mais surtout se rassurer lui-même, « *elle elle répond oui pour pas trop l'inquiéter... C'est Zoé qui veut pas trop inquiéter Zoé* » (E21), ce qui est également illustré dans le dessin n°5. L'enfant a aussi exprimé dans ce dessin la confiance et la proximité qu'il peut avoir envers le médecin et ce, exprimé d'une manière différente : même tenue vestimentaire avec des couleurs froides mais douces. De manière opposée, certains enfants ont dessiné une certaine distance entre l'enfant et l'acteur vaccinal (les dessins n°30 et n°44 : distance physique et opposition de couleurs).

L'enfant n'a jamais rapporté d'information transmise par le médecin au sujet de l'objectif vaccinal, signe que celle-ci, si existante, n'a pas été retenue.

À destination des parents

L'enfant a également repéré une communication entre le médecin et ses parents, « *il pose des questions à mes parents, il dit « est-ce qu'elle a mal à la tête des fois ? Elle a mal aux dents et tout ça ? » »* » (E17). Cette communication avait pour objectif de recueillir des informations mais également de rassurer les parents, « *aux parents pour lui dire que tout s'est bien passé, euh, Zoé ou moi va très bien, et puis pas d'inquiétude, elle va grandir très bien, à sa bonne vitesse, tout se passe bien* » (E21). Le médecin a aussi donné des conseils, « *il lui raconte que il faut mettre du doliprane, qu'il faut rassurer son enfant si il a peur, qu'il faut lui mettre le patch, la crème, il lui raconte aussi la notice parce qu'il y en a qui savent pas encore trop* » (E14), « *pour bien expliquer à nos parents, sauf que après les enfants ils écoutent parfois parce qu'ils savent pas quoi faire* » (E44).

L'enfant exprime donc être témoin de ces échanges médecin/parents et en garder un souvenir.

Autres supports

Les enfants ont également apporté d'autres supports d'échanges possibles : les journaux, « *elle patientait parce que elle voyait des magazines où il y avait des gens qui se faisaient ... Vacciner, ça faisait mal* » (E17), mais également la radio, « *à la radio ils ont parlé du vaccin en disant que pratiquement tous les enfants français ils avaient peur du vaccin* » (E17).

Cela rappelle que l'enfant peut percevoir des informations par des supports extérieurs dont le parent n'a pas l'entier contrôle.

2.2.5. Le rapport au soin

Expériences de soin

Les enfants ont vécu des expériences personnelles notamment hospitalières (traumatologie, maladie) et des expériences chirurgicales au cours desquelles ils ont subi des actes qu'ils associent, par l'action de la piqûre, au vaccin : injection, prise de sang et perfusion, *« je devais pas boire et du coup ils m'ont mis une piqûre là (psiiiiit), pour me donner un tout petit peu d'eau »* (E32).

L'expérience de l'entourage a également joué un rôle, notamment la notion du vaccin protecteur pour les plus fragiles, *« mon frère parce qu'il a été immunodéficient... Il attrape beaucoup plus de maladies que moi et il est plus fragile... »* (E14). La piqûre, dans un contexte de soins palliatifs, a pu aussi être assimilée au vaccin, *« mon papa, quand il était pas mort, et ba il a dit « je vais faire un vaccin » il était obligé de le faire tous les soirs, parce que tous les matins et tous les après-midis il commençait à être malade »* (E30).

Tout comme dans le dessin n°21, les enfants laissent voir que leurs différentes expériences de soin peuvent créer des confusions dans leur esprit, entre les différentes missions des lieux de soins et entre les actes qui « piquent ».

Ressenti face au milieu de soin

L'enfant a parfois ressenti de la pudeur, *« y a des choses que j'aime pas, c'est d'une souvent on se met en culotte »* (E21). Il n'a également pas aimé l'examen oropharyngé, le fait de prendre des médicaments mais aussi l'attente et la crainte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (être malade ou handicapé), *« je me suis dit « je vais pas avoir le fauteuil roulant ou de béquilles, ou truc comme ça » »* (E21). Parfois l'enfant a exprimé une perte de confiance, issue de son expérience, face à la réassurance donnée par le médecin, *« il a dit « ah si je crois ba ça devrait pas faire mal » et il me l'a tiré (voix*

forte) et ça fait hyper mal » (E14).

Certains ont aimé la consultation car ils apprécient le moment de l'examen clinique, *« j'aime bien quand il écoute le cœur le médecin » (E9)* mais également parce qu'ils en sortaient soignés. Ils sont parfois restés ambivalents, *« Ba c'est pas que j'aime pas mais si j'y vais... Enfin j'aime pas y aller mais, enfin si j'y vais c'est pas grave mais... » (E5).*

Certains moments spécifiques de la consultation n'ont pas été appréciés. L'enfant n'a pas aimé le vaccin, *« j'aime bien mais j'aime pas quand on va chez lui et qu'on fait des vaccins » (E9)* à tel point que l'auteur du dessin n°9 a représenté un personnage d'allure projective, sans émotion (absence de visage, de couleur), témoin de la scène vaccinale.

L'objectif de la consultation et place du vaccin

Les enfants ont évoqué deux grands objectifs à la consultation médicale : soigner, notamment les maladies aiguës, mais aussi le suivi pédiatrique global et la validation de la normalité du corps de l'enfant, *« pour vérifier si dans son corps tout va bien, si elle aura pas de problème quand elle sera grande, pour tout savoir » (E21).* Cette consultation de contrôle a souvent été, pour l'enfant, l'occasion de réalisation de l'acte vaccinal.

L'enfant a de multiples représentations des missions médicales auxquelles il intègre la mission vaccinale. Celles-ci semblent plus ou moins génératrices d'émotion pour lui. Il appréhende la consultation médicale mais semble rassuré par le contrôle de sa santé. L'enfant n°40 avait représenté plusieurs motifs de consultation dans son dessin. Le personnage semblait être en cours de grossesse, tout en se faisant vacciner et consultant pour une pathologie aiguë (douleur abdominale). De plus, l'appareil représenté était à visée radiologique. L'enfant n°44 a quant à lui représenté le moment de la pesée, appartenant à la consultation de suivi de pédiatrie.

2.3. L'analyse standardisée des dessins

Tableau IIIa : Analyse standardisée des dessins (partie 1)

	Valeur expressive	Valeur Narrative	Valeur projective	Ordonnance et mise en page (plan, axe, rapport de masse)	Les marges (sens de la réalité, harmonie du monde ambiant)	Les bases tracées ou fictives	Les dimensions, proportions (assurance ou conscience du sol)	Les zones de l'écriture de soi (projection, affection du sujet par rapport à ce qui l'entour)	La forme (originalité, possibilité de création)	La continuité, la liaison, les espacements (répartitions des éléments sur le dessin)	Le dynamisme	Le rythme des blancs et des noirs, la pression ou la couleur et le relief
1	Traits agressifs, imprécis. Immaturité et insécurité.	Espace/cadre protecteur, agression extérieure, ne parle pas du vaccin	Représente son père.	3 axes différents, un plan. Normalité complexité perspective à cet âge.	Marge inférieure comblée. Dysharmonie.	Tracée pour l'enfant : camion et 2 pompiers.	Gros gyrophare et camion. Nomme les personnages pour améliorer la conscience.	Encadrement par 3 personnes masculines. Rature, représentation père.	Métaphore vaccinale par le feu.	Feu proche. Proximité sans contact entre le personnage et son entourage.	Important. (gyrophare, feu)	Couleurs gyrophare et feu réalistes. Orange saute aux yeux.
5	Douleur. Assurance. Maturité. Doute sur la place de l'enfant	Acte vaccinal en cours. Échanges. médecin rassurant. Cacher les émotions du visage médical.	Projection dans le personnage central avec des émotions.	Dans la représentation de l'enfant, lui au 1er plan, le médecin au 2ème.	Marge supérieure harmonieuse. Identification lieu et personnage.	Bases réelles, table pour l'enfant	Grosse aiguille, médecin petit avec de longs bras.	Contraste douleur et sourire de l'enfant : se rassurer. Complicité avec le médecin.	Seringue trocard. Pas de main pour l'enfant (ne peut se défendre ?)	Zone bureau et zone examen. Aéré. Vaccin crée le contact.	Action vaccinale en cours et dialogue.	Couleurs froides mais douces. Traits assurés à main levée. Peu de relief.
9	Oppositions émotionnelles. Tristesse. Maturité	Vaccination en cours. 3ème personne observe.	Projection dans le personnage vacciné et dans l'enfant témoin inexpressif.	Même axe, même plan. Maturité.	Marge supérieure harmonieuse. Désir de réalisme. Identification lieu et personnage.	Non tracées mais réelles, partie inférieure de la feuille. Table pour la 3ème personne.	"Paule" même taille que le médecin (réassurance), grosses larmes, petit vaccin.	Opposition larmes/sourire médecin. Regard fuyant l'injection.	Bras réalisant le vaccin sans couleur, désolidarisé du corps. Seule main représentée. Personnage observateur sans bouche.	Zone bureau et zone examen. Respect des espaces. Vaccin crée le contact.	Larmes et vaccin en cours. 3ème personnage immobile.	Chaleur par le feutre et les couleurs. Réalisme dans les couleurs. Bleu des larmes saute aux yeux.
13	Écrit assuré, renforcé par du surlignage. Peur puis rire. Superposition des personnages, perte d'assurance	Présent l'essentiel de l'acte vaccinal en cours : les émotions	Projection dans le personnage de la consigne par l'émotion	Écrit sur la moitié supérieure et dessin en bas. 2 plans, médecin au second.	Marge supérieure comblée par l'écrit.	Bases tracées pour l'enfant mais pas pour le médecin.	Enfant, table et seringue proportionnellement grands.	Précision dans les émotions. Rire central. Affection par le contact de la main.	Absence de base et de pied pour le médecin. Diminution de l'agressivité avec seringue bout carré. Accentuation du texte par le feutre	Contact par la main et le vaccin, médecin à hauteur de l'enfant.	Table fixe, surlignée. Vaccin en cours.	Traits légers, renforcés parfois au feutre. Peu de relief.
14	Contraste émotionnel (couleurs) personnages froids. Complètement espace. Enfant non rassuré	Arrivée en consultation. Attendu. Vaccin non représenté. Plusieurs lieux.	Projection en attente. Ne souhaite pas y aller.	Différents axes. 2 scènes : Zoé à l'extérieur et cabinet.	Dysharmonie. Marge blanche avec le personnage seul et moitié droite, le cabinet coloré par remplissage	Pour enfant, inférieure de la feuille. Pour les médecins, le cabinet.	Solitude. Encouragement car enfant représenté proportionnellement grande face à ce grand bâtiment.	Projection à distance du vaccin. Pas de lien affectif. Opposition expressions des visages	Moment d'attente. Dossiers, lettres inversées	Scission entre les 2 mondes. Personnage/lieu de vaccination.	Absent. Attente. Pose photo.	Opposition entre les couleurs du sol. Couleur douce au feutre mais vive pour l'œil. S'oppose au personnage non coloré, non vivant. Relief : taille lieu, axes.
17	Contraste émotionnel. Enfant centralisé avec seringue rendue angoissante. Maturité.	Acte vaccinal en cours. Réalisme par les détails. "Ne pas dérangé" = événement important.	Par les émotions et les détails.	Paysage. Un espace bureau, un espace examen. Médecin 1er plan.	Cadre tracé : "scène vaccinale", harmonie du monde. 4 marges dont une importante inférieure.	Tracées, limite inférieure du cadre. Lit pour l'enfant.	Seringue grande, autant que la jambe de l'enfant.	Infériorité de l'enfant. Isolement "ne pas dérangé". Souffrance, opposée au médecin.	Fusion main/vaccin. Lieu injection. Représentation bonhomme par des traits.	Cadre bien rempli. Oppression. Rapport entre les éléments réaliste. Peu de contact entre les personnages.	Acte en cours avec émotions perceptibles.	Aiguille violente : totalement noire. Mobilier couleurs froides contrastent rouge des bouches. Jaune des cheveux saute aux yeux, centralise. Relief par les meubles. Feutre doux mais assuré.
21	Pièce inférieure, d'examen, réchauffée par les couleurs. Espace supérieur froid, triste. Relation de réassurance entre les 2 personnages.	À l'hôpital (infirmière + croix). Transport vers la salle d'examen. Seringue présente.	Enfant passif poussé sur le brancard, supposé angoissé par la question.	2 scènes : supérieure (2/3) couloir vers un escalier et la salle d'examen sous sol (fenêtre), sombre mais éclairée par lumière. Un plan, un axe.	Pas de marge. Harmonie. Réalisme par les détails.	Base tracée pour le couloir. Partie inférieure de la feuille pour le sous-sol. Brancard et infirmière, bases pour enfant.	Enfant allongé, passif. Subit. Conscience car même taille que infirmière.	Sourire sur les deux visages, échanges avec réassurance et expression affective de l'enfant (cœur).	Passage entre les 2 espaces imaginé par l'enfant.	Escalier lie les 2 espaces, contact oral et par le brancard entre les personnages. Pas de regard croisé entre les deux	Projection du lecteur dans l'avancée des personnages mais dynamisme dans le couloir laissant le sous sol immobile, en attente.	Couleurs chaudes, vivantes à la partie inférieure du dessin. Contraste avec l'étage supérieur et les personnages en nuance de gris. Relief par l'étag.

Tableau IIIb : Analyse standardisée des dessins (partie 2)

	Valeur expressive	Valeur Narrative	Valeur projective	Ordonnance et mise en page (plan, axe, rapport de masse)	Les marges (sens de la réalité, harmonie du monde ambiant)	Les bases tracées ou fictives	Les dimensions, proportions (assurance ou conscience du soi)	Les zones de l'écriture de soi (projection, affection du sujet par rapport à ce qui l'entour)	La forme (originalité, possibilité de création)	La continuité, la liaison les espaces (répartitions des éléments sur le dessin)	Le dynamisme	Le rythme des blancs et des noirs, la pression ou la couleur et le relief
24	Colère (trait appuyés, bras levés, debout), perte de contrôle, impulsivité (ratures, dépasement). Tristesse (larmes). Manque d'assurance (rature, écrit non assuré).	Acte vaccinal en cours, dessin centré sur les émotions, en oppositions. Personnage en second plan passif.	Projection importante par la valeur émotionnelle.	Axe en plongée, enfant au premier plan	Peu d'harmonie. Dessin minimaliste nombreuses marges, une comblée par la rature	Bases non tracées sauf la table pour l'enfant.	Peu d'assurance. Petit dessin mais souhait d'affirmation par enfant plus grand que l'autre personnage.	Montre son opposition et sa révolte. Intensité des émotions. Enfant tourne le dos à l'autre personnage sans rapport entre eux.	Seringue non tenue, plantée dans le bras.	Peu d'utilisation de l'espace. Confirmation de sa pensée par un écrit au centre de la feuille. Enfant domine le personnage derrière lui.	Important par l'attitude du personnage principal et sa détresse physique et verbale.	Rouge dominant pour la colère avec le contraste du bleu des larmes. Relief par l'enfant debout sur la table. Prénom de l'enfant surligné dans l'écrit. Centralise l'action.
30	Trait assumé. Expression non transmise par les couleurs mais par les visages. Contraste émotionnel enfant/médecin.	Acte vaccinal. 2 acteurs vaccinaux. Centralisation seringue et pansement.	Émotion du visage et recherche de la précision par le détail.	2 axes : mobilier et scène vaccinale. 3 scènes : assistante et pansement, vaccin et bureau.	Espace libre conservé au milieu. Harmonie. Désir de réalisme par le détail.	Non tracées, fond de la feuille, lit tracé pour l'enfant.	Pansement et aiguilles proportionnellement gros mais différentes taille, plus petite pour l'enfant.	Opposition émotions. Enfant visage anxieux. Lien physique par la seringue. Seule réassurance : le sourire.	Peu d'originalité.	Distance entre les personnages. Assistante au fond de la pièce majorée par espace vide au centre.	Action en cours mais impression de "pose photo". Espace bureau figé.	Crayon de bois sans couleur, trait à main levée sans rature. Relief donné par les différents axes.
32	Espace comblé et dépassé. Immaturité, impulsivité. Caractère anthropomorphe des façades.	Venue du personnage au cabinet, marche affirmée et personnage souriant.	Identification par le désir de réalisme.	1 seul axe, 2 plans délimités par la route.	Réalisme, milieu harmonieux.	Base = chemin pour aller au cabinet.	Personnage proportionnellement grand. Témoigne de l'assurance de l'enfant.	Enfant seul, semble heureux. Nombreuses voitures au cabinet.	Sons des cloches "DONG" écrit en miroir autour de l'église.	Personnage et cabinet au centre du dessin.	Dynamisme par les cloches et la marche de l'enfant dans un environnement statique.	Visage lumineux de l'enfant, coloriage brouillon au crayon de couleur parfois appuyé. Dessin colorée, vivant.
36	Sourire du médecin contraste avec l'acte. Traits affirmés au feutre.	Dessin centré sur l'acte, seringue de taille importante.	L'émotion ressentie induit la projection.	Seringue de taille importante met le médecin au second plan.	Dessin harmonieux, détails seringue et sérum.	Base de l'enfant = table d'examen.	Buste de l'enfant > médecin, aiguille > bras de l'enfant.	Émotions par le rouge des pommettes et des yeux de l'enfant.	Enfant représenté sans jambes : pas de fuite possible.	Lien physique entre les 2 personnages par la seringue.	Acte en cours de réalisation - Environnement figé.	Contraste du bleu (monde soignant) - rouge (émotions).
40	Traits assumés au feutre. Coloriage incomplet. Maturité en cours d'acquisition.	Actes de soins multiples. Représentations simples.	Se projette à partir de son histoire.	Rapports de masse réalistes. 3 scènes en 1.	Maturité car centralisation sur l'action. Réalité à discuter (grossesse).	Base du personnage central = table d'examen.	Dimensions réalistes sauf la seringue.	Représentation infantile des bonhommes.	Vaccination d'une personne enceinte et dans le membre inférieur.	Actions regroupées et centrales autour de la seringue.	Acte vaccinal en cours, personnage en pause.	Couleurs chaudes en haut et froides en bas. Pas de relief.
44	Précision, réalisme. Opposition d'expression entre médecin et enfant.	Examen clinique préalable à la vaccination.	Enfant excentré, mis à part.	Respect des rapports de masse. Enfant au 1er plan.	Feuille = cadre de représentation du cabinet.	Base du dessin = feuille. Base de l'enfant = balance.	Retrait et barrières physique : manque de confiance en soi ?	Enfant à distance du médecin et du vaccin.	Peu d'originalité.	Respect des espaces matériels et entre les personnages.	Aucun dynamisme.	Couleurs chaudes enfant et couleurs froides médecin.

2.4. Les parents

2.4.1. Les parents et la décision de vaccination

Notion d'obligation

La notion d'obligation vaccinale a été fréquemment retrouvée dans le discours des parents, *« on n'a pas le choix déjà, les trois premiers, c'est une obligation »* (M5). Néanmoins, cette idée de contraindre à la vaccination a entraîné un raisonnement positif et a permis de mettre en confiance les parents, *« il y a des vaccins qui sont obligatoires donc... C'est vrai qu'en tant que parents, on se dit que c'est mieux pour l'enfant »* (M24). Pour d'autres, la notion d'obligation pouvait prendre d'autres formes, *« pour moi la vaccination s'apparente un peu à la religion »* (M44).

Par rapport à l'extension de l'obligation vaccinale instaurée en 2018, certains parents ne se sont pas sentis concernés car leurs enfants étaient trop âgés, *« je n'ai pas trop regardé car je n'ai pas de bébé »* (M30). Pour d'autres, celle-ci n'était pas nécessaire car non fondée *« y'a un épiphénomène qui sort, on veut répondre à cela »* (P9). Mais elle interroge sur les libertés de chacun *« ça pose un conflit qui est le bien social et la liberté individuelle »* (P9) et exprime un manque d'empathie *« des obligations qui... Où parfois on n'écoute pas trop l'humain aussi. »* (M24). L'obligation a pu être valorisée, *« c'est quand même leur intérêt général, du nourrisson et ses proches. Pour moi c'est positif »* (P17). Elle a également été critiquée, majorant les réticences *« je serais plus tenté de me méfier un peu du côté business de la chose. Plus on vend de vaccin, plus ça génère de l'argent donc plus du coup y'a des gens qui en gagnent. »* (P32), notamment par le manque d'informations *« ils n'en parlent pas suffisamment car on appréhende, on appréhende, on sait pas pourquoi y'en a 11 »* (M5). Certains parents ont eu peur de la sanction, *« elle m'a clairement dit, je ne sais plus combien, quelque chose comme 25 000 euros d'amende, qu'on pouvait nous retirer la garde de nos enfants »* (M5).

L'obligation semble avoir majoré le clivage pré-existant au sein de la population, renforçant la frustration de certains et la confiance des autres.

Motivations à la vaccination

La première motivation des parents était de protéger leur enfant, « *alors égoïstement pour sa santé personnelle* » (M14), ou encore « *que c'est pour les protéger contre des maladies graves* » (M44).

Nombreux étaient les parents qui évoquaient également la vaccination comme une mesure de santé publique, « *pour éviter de contaminer les autres* » (P9), une mesure collective, « *y'a une idée aussi de prévention globale au sein de la population* » (P32). Cette dernière pouvait être issue d'une réflexion survenue à certaines étapes de la vie, « *et puis ce discours avec les médecins « vous protégez les autres ! », ça moi, je l'ai appris à 30 ans en devenant parent* » (M14) et évoluer au fil du temps, « *non, j'avais 19 ans, j'étais jeune maman, je ne me posais pas toutes ces questions* » (M5). Certains même transmettaient cette notion à leurs enfants, « *dans son esprit, la vaccination c'était prioritaire, donc elle a bien compris que la vaccination c'était pour se protéger et protéger les enfants qui sont vaccinés pour la maladie en question* » (P17).

La vaccination permettait de limiter l'expansion des maladies, « *pour faire reculer, pas éliminer la maladie car il y a toujours des personnes qui ne se font pas vacciner, mais limiter l'expansion des maladies* » (M36). Parfois même, elle pouvait permettre l'éradication complète, « *je sais que certaines maladies ont été éradiquées grâce aux vaccins* » (M1).

Pour d'autres, la vaccination des enfants n'était pas issue d'une réflexion parentale mais plutôt d'une confiance dans le corps médical, « *on suit les recommandations de notre médecin* » (P17). La décision de vaccination était alors conjointe entre le médecin -

le professionnel - et les parents, *« le médecin il reçoit les infos, il nous les donne, et puis... On se dit oui OK... »* (M24).

Des parents ont été motivés pour la vaccination de l'enfant au moment de l'entrée en collectivité, *« on est obligé quand nos enfants vont en collectivité d'avoir une sécurité, ça peut se comprendre »* (P24).

Enfin, des parents ont évoqué le fait que la vaccination leur permettait à eux, parents, de voyager, *« c'est un plus, ça me permet d'aller dans des zones dans lesquelles je ne pourrais pas aller autrement donc je trouve cela bénéfique »* (P17).

Pour certains, l'objectif secondaire, après la protection individuelle, est l'intérêt collectif de cet acte citoyen et est nécessaire à la disparition de pathologies encore graves. Les parents laissent penser que l'accompagnement médical dans leur décision est indispensable. L'idée de réflexion autour du vaccin, acquise progressivement grâce à la parentalité, renforce l'analyse faite sur la moyenne d'âge élevée des parents de la population.

L'école comme lieu possible de la vaccination

Un souhait des parents : se décharger de cet acte

Pour certains, la vaccination en milieu scolaire permettrait de se décharger moralement de cette tâche difficile, *« à la décharge des parents quelque part, c'est peut-être égoïste de ma part, mais je me dis que ce ne serait pas moi qui m'en occuperai »* (M30). L'organisation institutionnelle de la vaccination permettrait également une décharge financière, *« c'est comme la vaccination au travail finalement. Ça permet de ne pas payer la consultation »* (M44).

Temps éducatif autour de la santé

Instaurer de nouveau une vaccination à l'école permettrait d'introduire un temps éducatif auprès des enfants afin d'échanger autour de la santé, « *la prévention santé n'occupe pas ou très peu de place en milieu scolaire, surtout notamment en primaire, je pense qu'il serait intéressant de le développer [...] cela permettrait de poser l'échange autour de la vaccination* » (P13). Cet espace permettrait également d'élargir la population réceptrice de l'information vaccinale, « *justement c'est peut-être l'occasion de toucher un plus grand nombre [...] pour toucher une population plus large* » (P17), notamment les parents moins vigilants aux vaccinations, « *ça permettait de voir tous les enfants, de ne pas passer à côté d'enfants dont les parents ne seraient peut-être pas attentifs à ça* » (M44).

Effet de groupe à double tranchant

Les parents ont émis l'hypothèse que l'effet de groupe soit porteur pour les enfants, « *je pense qu'une expérience partagée entre enfants permettrait de lever des appréhensions* » (P13), et permettrait de créer du lien entre les enfants, « *en plus l'effet de groupe, je pense que ça peut solidariser les enfants entre eux* » (P17).

Cet effet de groupe pourrait aussi se révéler délétère, « *je pense qu'il y a des enfants, ça peut les rassurer d'être en groupe, de voir les copains le faire. D'autres enfants qui peuvent très bien, au contraire, montrer une grosse inquiétude* » (P21).

Des freins à la vaccination en milieu scolaire

Cette proposition faisait écho aux souvenirs qu'ont les parents de leur vaccination à l'école, « *et en plus on passait devant les copains-copines à la queue leu leu dans la classe* » (M30). Ce type de vaccination n'était pas assez personnalisé, « *quand vous avez*

300, 400 gamins à voir dans une journée ou deux, on se doute bien que... C'est pas possible, le temps est trop réduit avec l'enfant » (P9), et pouvait même influencer sur les loisirs scolaires, « suivant la réaction immunitaire ou non, cela pouvait compromettre la présence à la séance de natation » (P13).

Pour d'autres, la vaccination n'avait pas sa place dans le milieu scolaire, *« mais là c'est un acte médical, ça n'a rien à faire à l'école » (M14).* Ils préfèrent l'idée que l'acte vaccinal soit réalisé suite à un examen clinique du médecin, *« une petite visite médicale avant ça fait pas de mal » (P9).*

De plus, la vaccination en milieu scolaire excluait le parent, *« j'aime autant qu'il soit avec moi chez le pédiatre car c'est le rôle de la maman que de rassurer son enfant » (M1).* Un parent percevait la vaccination à l'école comme une intrusion, *« oui, il a son médecin attitré, j'estime qu'ils n'ont pas à venir dans la vie privée des gens et venir comme ça regarder les enfants » (P1).* Un parent faisait également le lien avec la vaccination de masse suite à la deuxième guerre mondiale, *« ça me fait penser à des images de propagande, quand on voit les gamins qui se font tous vacciner, des images d'après-guerre quoi où tout le monde est vacciné à la chaîne » (P9).*

De manière unanime, le parent semble valoriser le rôle d'éducation à la prévention vaccinale en milieu scolaire. Pour ce qui est de la réalisation du vaccin, l'équilibre entre bénéfices et réticences est encore instable.

2.4.2. Les sources d'information

Les sources grand public

Les médias

La première source d'information citée par les parents était les médias, « *quand on est dans le grand public, la principale source d'information ce sont les médias* » (P32). Les types de médias les plus cités étaient « *les journaux, la télévision* » (P9).

Ce mode d'information présentait quelques freins, notamment l'autoformation des parents, « *et pour certaines familles, on s'arrête à ça [...] on ne va pas aller voir son médecin ou son gynécologue pour en discuter un peu, pour leur dire « rassurez-moi un peu »* » (M14). Les médias pouvaient également susciter chez les parents la crainte d'être dupés, « *les médias ils ont forcément des façons de présenter les choses, du coup c'est pas évident de pouvoir se faire un avis* » (P32). Indirectement, cela pouvait majorer leurs inquiétudes, « *ce sont vraiment les médias qui font peur car finalement on ne connaît pas grand-chose et ils nous ont apporté les arguments pour nous faire peur* » (M44).

Internet était pour les parents une source d'information hasardeuse, du fait de la difficulté à trouver des données fiables, « *sur internet on trouve de tout et n'importe quoi donc des fois c'est se faire plus de peur qu'autre chose* » (M1). Mais internet pouvait être source d'une information porteuse d'angoisse, « *je l'ai fait une ou deux fois pour [l'aîné], et c'est ultra anxiogène* » (M14). D'autres savent davantage s'orienter, « *après sur internet tout dépend où on va, quelque chose de gouvernemental* » (P44).

Le carnet de santé

Le carnet de santé était également utilisé comme source d'information par les parents et permettait ainsi de surveiller le suivi vaccinal de l'enfant, « *on sait avec le carnet de santé qu'on doit le faire donc on prend rendez-vous* » (P9). Il servait également

de support pour illustrer les échanges avec les enfants, « *donc on lui a montré le carnet de vaccination, en lui disant « Regarde, tu as été vacciné, donc tu ne peux pas attraper le tétanos » »* » (P32).

Support ludique

Le dessin animé, dont la vulgarisation apporte une information adaptée, a aussi été cité comme support communicatif vers l'enfant, « *mon fils a été capable quand même de comprendre le cheminement de ce que c'était avec un dessin animé « Il était une fois la vie » [...] qui explique d'une manière un peu simpliste, réaliste, ce genre de choses, les défenses du corps, les vaccins »* » (P24).

Les sources personnelles

Le discours médical

Le médecin est un interlocuteur privilégié concernant la question du vaccin, « *les médecins sont la source d'information principale à ce niveau-là... Un médecin assez compétent va nous dire si c'est utile »* » (P24). Les autorités de santé et ses acteurs étaient en première ligne pour délivrer l'information, « *je pense que l'ARS est quand même la première placée pour le faire et après faire le relais par le médecin traitant ou notre pharmacien quand on va chercher les vaccins »* » (P9).

Le discours pouvait paraître insuffisant pour certains parents, « *même notre médecin il nous en parle pas, je trouve que vraiment il ne nous en parle pas »* » (P1).

Des parents ont noté des discordances dans le discours médical, « *j'ai lu des médecins qu'ont parlé et qui disaient qu'ils étaient totalement contre les vaccins [...] d'autres médecins qui sont pour »* » (M5). Ces divergences d'opinion au sein même du

corps médical apportaient le doute, *« voilà, comment nous après on se positionne là-dessus ? Bah... c'est difficile »* (M24).

Pour autant, des parents ont maintenu leur confiance en celui-ci, *« il y a des sons qui sont discordants sur le bienfait du vaccin en lui-même mais on fait confiance à la médecine et puis ceux qui nous la pratiquent »* (P17), notamment grâce à la relation créée entre le médecin et ses patients, *« les explications elles viennent des médecins et elles sont claires. Donc à partir de là y'a pas de raison de mettre sa parole en doute au vu de la relation de confiance qu'on a »* (P17). Cette confiance pouvait aussi être accordée aux jeunes médecins pour la fraîcheur de leurs connaissances, *« c'est un plus jeune médecin, donc peut-être qu'il a des nouvelles informations »* (M30).

L'expérience personnelle du parent

Comme autre source d'information invisible, nous retrouvons l'expérience antérieure des parents acquise durant le suivi des aînés de la fratrie, *« cette information-là on l'avait et puis comme elle a des frères et sœurs aînés, elle connaissait déjà un peu le cheminement »* (P17). Cette expérience est également une source d'enrichissement pour l'enfant, *« on en a parlé oui quand elles étaient plus jeunes parce que [l'enfant] a deux grandes sœurs et un grand frère donc forcément elle les a vu se faire vacciner donc on lui a expliqué pourquoi »* (P17). Elle peut également être un moteur dans la recherche d'information, *« je les ai faits pour [l'enfant] sans savoir, aujourd'hui y'a pas de problèmes. Je l'ai fait pour son frère en sachant, enfin vous voyez... »* (P9).

L'expérience des proches

L'entourage proche des parents représentait également une source d'information majeure, notamment quand ils exerçaient une profession médicale, *« on a un couple*

d'amis qui sont eux-mêmes médecins, j'en ai discuté pas mal avec eux. Eux ils font les vaccins » (M5). Certains rassuraient, d'autres inquiétaient, « oui, j'ai une sœur qui est contre les vaccins donc elle me fait très peur » (M5). L'expérience croisée avec d'autres parents était parfois nécessaire, « puis après d'autres parents aussi » (P9), mais également une communication intra-familiale, comme un héritage, « on a l'information des parents, des générations qui se transmet » (P1).

Les proches pouvaient aussi entretenir des réticences vaccinales connues du grand public, « il y a eu plusieurs doses de vaccin contre l'hépatite B ce qui a créé des maladies : sclérose en plaque... » (M24). En fonction des expériences personnelles, ceci limitait alors la vaccination de leurs enfants, « ma mère a la sclérose en plaque [...] tant que le lien n'avait pas été totalement démonté ou fait, j'ai préféré qu'ils ne soient pas vaccinés » (M36).

Les informations véhiculées par les grands médias semblent alarmer les parents et la multitude, l'incohérence et les oppositions des différentes données recherchées activement renforcent la confusion et les doutes sur la vaccination. La famille se rapproche donc de son médecin mais se retrouve parfois obligée d'utiliser l'expérience de son entourage, infondée scientifiquement, pour développer sa réflexion.

2.4.3. Comment le parent perçoit-il la vaccination de son enfant ?

Pour certains une trace persiste

Suite à la vaccination de leur enfant, il persistait chez certains parents un vrai souvenir douloureux, « je ne me sentais pas trop bien dans le sens où je me disais « oh la pauvre nenette, ça lui fait mal » » (M30). La souffrance était même parfois partagée

entre le parent et le médecin, *« j'ai pris sur moi, le médecin a pris sur lui aussi et moi je me suis dit « mais qu'est-ce que c'est barbant de faire ces vaccins !! » »* (M24).

Afin de surmonter cette épreuve avec l'enfant, il était nécessaire pour le parent de comprendre et d'échanger avec lui durant ce moment, *« ce n'est pas un acte forcément bien perçu par tout enfant, donc je pense qu'il faut simplement guetter leur réaction sur le visage »* (P13).

Suite à cela, il était possible de voir naître chez des parents des sentiments négatifs à l'encontre du médecin, *« mais j'avoue en avoir un peu voulu au médecin »* (P30). Du fait de la difficulté pour l'enfant à se faire vacciner, il pouvait s'instaurer un retard à la vaccination, *« c'est vrai que maintenant je suis à la bourre dans les vaccins »* (M24).

Une perte de mémoire

D'autres parents n'ont pas gardé de souvenir de la consultation vaccinale des 6 ans de leur enfant, *« alors je ne saurais dire si c'est moi qui l'ai faite ou ma femme »* (P17). Cela pouvait être lié au fait que l'enfant ne soit pas l'aîné de la fratrie, *« non, non, c'est la troisième donc on s'habitue »* (M36).

Même si le souvenir persistait, il n'était pas toujours négatif, *« c'était vraiment comme une lettre à la poste, c'était pas du tout quelque chose qui a amené du stress ou de l'angoisse »* (M44). L'apaisement de certains parents a pu être expliqué par le fait que ce rappel était la première vaccination depuis l'âge de 18 mois, âge auquel l'enfant est encore considéré comme un nourrisson, *« étant donné qu'il était plus grand, celle-là, plus sereine »* (M1).

Le souvenir semble être créé lors d'une expérience angoissante parfois partagée avec l'enfant. Alors qu'à l'inverse, l'habitude et l'absence de questionnement rendent le parent plus serein.

Posture décisionnelle fragile

La vaccination était un acte systématique pour les générations précédentes, non soumise à réflexion, « *c'était entre guillemets, un autre temps. [...] Voilà, fallait aller se faire vacciner et c'était comme ça, c'était évident* » (P44). C'était comme un rendez-vous immanquable, « *ces actes faisaient partie d'un cadre logique, c'était un rituel médical auquel on se soumettait* » (P13). Actuellement, les parents se renseignent davantage, « *j'ai des amis qui viennent de devenir parents aux alentours de 40 ans, ils font 12 études de marchés de 12 000 trucs de savoirs... Ils comparent tout* » (M44).

Les expériences de vie impactaient la réflexion vaccinale, « *le CHU nous l'avait bien expliqué aussi, quand [l'aîné] avait 2 ans et qu'on a appris qu'il était immuno-déficient. Evidemment, lui devait être vacciné, nous aussi, ainsi que les grands-parents* » (M14). Ce raisonnement s'est également renforcé pour d'autres, en comparant la situation en France et dans les pays du tiers monde, « *j'entends dans les pays sous-développés, tous ces enfants qui meurent de maladies qui sont peut-être banales pour nous maintenant parce qu'on est vacciné* » (M30).

Souhait d'une posture transparente du médecin soutenant la vaccination

Il persistait des doutes quant aux intérêts financiers du médecin dans le domaine de la vaccination, « *ce qui m'a été dit [...] ils ont tant de vaccins à l'année et si ils ne font pas vacciner tant de personnes, c'est atroce, mais ils n'auront pas cette fameuse prime* » (M5), « *le médecin est là pour vendre les vaccins* » (M30). Existait également des doutes au sujet des lobbies pharmaceutiques, « *par rapport aux labos pharmaceutiques*

etc... Je suis plus méfiante, y a des finances derrière donc voilà » (M44), et de l'obligation pour les médecins de prescrire ces vaccins « les médecins doivent liquider leur stock de vaccins » (M5). Ces interrogations mettaient en doute le discours médical, « c'est pour cela que je vous dis que les médecins avec les vaccins... » (M30).

Les parents semblent avoir identifié une modification générationnelle des mentalités autour de la réflexion vaccinale et être passés d'un acte systématique à un acte amenant à réflexion, nourri par l'internationalisation des médias et les doutes sur l'indépendance médicale.

2.5. Les données croisées entre parents et enfants

Famille n°1

L'enfant s'est difficilement exprimé sur le sujet vaccinal si ce n'est sur le caractère angoissant qu'il génère. Sa mère s'est également déclarée anxieuse, anxiété qui prenait racine dans sa personnalité mais également dans ses mauvaises expériences passées autour du vaccin. Des mauvaises expériences ont également été décrites par le père.

Cette mère était sensible aux émotions de ses enfants et l'exprimait lors des consultations. Elle accordait de l'importance au fait de les soutenir et de les préparer, alors que l'enfant déclarait le vaccin comme un acte non-annoncé par ses parents. L'enfant semblait exprimer son désir d'être encadré et rassuré par son père, alors que lui déclarait ne pas être investi dans le suivi médical de ses enfants, et ne pas échanger avec eux.

La confiance vers l'acteur vaccinal était importante dans cette famille, malgré un scepticisme sur les risques de certains vaccins et l'inutilité d'autres, le père ayant à ce

sujet des idées tranchées. Malgré tout la mère critiquait le défaut de communication pouvant exister avec son médecin.

Famille n°5

L'acte vaccinal s'est avéré peu douloureux pour l'enfant du binôme n°5. À noter que la mère n'avait aucun souvenir douloureux de sa vaccination. L'enfant accordait de l'importance au lien qu'il entretenait avec le médecin et à son rôle dans la réassurance face à la douleur. La mère, quant à elle, faisait confiance à son médecin mais critiquait le manque d'information, notamment au sujet de l'obligation vaccinale. Ceci était source d'interrogations pour elle.

L'enfant n'avait pas de connaissances sur la vaccination, il n'était pas capable d'en expliquer les principes à ses camarades. Ceci faisait écho à l'absence de dialogue entre la mère et l'enfant autour de cette problématique, la mère ne souhaitant pas faire naître de peurs chez ce dernier, jusque-là à l'aise avec l'acte vaccinal. Cependant, il existait au sein de la famille, des divergences d'opinion au sujet de l'obligation vaccinale.

Famille n°9

Dans cette famille, le père affirmait sa confiance dans les institutions vaccinales et en son médecin traitant. Selon lui, l'information autour du vaccin était mieux assimilée si elle venait d'une personne de confiance. Il a valorisé le fait que le médecin adaptait son attitude à l'angoisse de son fils.

L'enfant quant à lui, accordait de l'importance à cette relation par le plaisir qu'il prenait dans l'examen clinique. Cependant, le vaccin a été douloureux pour lui, nécessitant des moyens antalgiques. Le père a fait le lien entre cette peur et un événement traumatisant de soin.

Le père rapportait peu d'échange dans le couple et plutôt un rôle d'annonce de l'acte vaccinal et de réassurance de l'enfant. Pour le père, la décision vaccinale n'incluait pas l'avis de l'enfant et il évoquait le fait que trop d'informations peut générer l'angoisse. Selon lui, l'accompagnateur (père ou mère) influait sur le comportement de l'enfant. L'enfant ne projetait que sa mère comme accompagnatrice et actrice de l'échange vaccinal. L'objectif simple et la projection collective vaccinale du père se retrouvaient dans le discours de l'enfant.

Famille n°13

L'enfant présentait des craintes préalables à l'acte vaccinal du fait d'un manque de souvenir conscient de la vaccination. Le père notait également un souvenir négatif de sa propre vaccination, notamment en milieu scolaire. Il notait aussi la réassurance probable de ses enfants entre eux, du fait qu'ils soient jumeaux et vaccinés en même temps. L'enfant n'avait pas de connaissances sur les vaccins, à priori en lien avec l'absence de dialogue entre l'enfant et le médecin, ni à l'école ni dans le cercle familial. Malgré l'absence d'échange, le père évoquait des réticences, majorées récemment par les médias. Cependant, en tenant compte de son souvenir douloureux, il était favorable au fait que l'école puisse avoir un rôle d'échange au sujet de la prévention.

Famille n°14

Dans cette famille, l'immunodépression d'un des enfants a créé une éducation et des échanges nécessaires autour de la vaccination, avec un intérêt collectif mais aussi individuel dont les bénéfices sont constatés par la mère. La mère avait un besoin important d'échange avec le milieu médical pour une réassurance notamment autour des adjuvants. Le médecin avait une place importante dans le discours de l'enfant. Le vaccin

contre la grippe était central dans cette famille, présenté comme une activité familiale qui a parfois pu être traumatisante (vaccination de masse H1N1).

L'enfant, malgré les échanges avec sa mère et l'importance du vaccin, a gardé une angoisse de la douleur autour de l'acte vaccinal et exprimait la nécessité de trouver les moyens de la diminuer notamment par la présence parentale. La notion de récompense jouait un rôle important et était issue de la reproduction d'un schéma vécu dans l'enfance par la mère. Dans l'échange, la mère a dit utiliser les mêmes mots avec son enfant que ceux qu'elle a pu entendre lorsqu'elle était elle-même enfant.

Au sein de la famille, la tante maternelle a décidé de ne pas vacciner sa famille contre la grippe, chose comprise par la mère. Du fait de la pathologie du frère, des réunions de famille ont néanmoins pu être impactées.

Famille n°17

Les chercheurs ont rencontré un binôme convaincu par la vaccination qu'ils qualifient, tous deux, de prioritaire. Le père n'émettait pas de doute à ce sujet malgré ce que véhiculaient les médias. Il accordait une pleine confiance à son médecin traitant.

Il existait quelques échanges anciens dans la famille à ce sujet, ils n'en avaient plus le souvenir précis, échanges datant probablement de la vaccination des aînés. Malgré l'absence de projection de l'enfant dans le personnage de son dessin, il déclarait avoir d'autres sources d'information, comme la radio.

Malgré la conviction du bénéfice vaccinal, cet acte représentait pour l'enfant un instant de stress et de douleur à tel point qu'il a évoqué le besoin d'être endormi pour l'acte. Le père a dit ressentir cette angoisse mais n'a pas gardé de souvenir de cette vaccination.

Famille n°21

L'enfant a décrit les principes du vaccin de manière précise malgré quelques confusions dans les termes utilisés. Il a été témoin de la vaccination des aînés. L'échange avec les parents se faisait principalement sur l'annonce de l'acte et la réassurance, alors que l'enfant a dit avoir été inquiet par cette annonce. L'angoisse décrite par l'enfant (nécessitant une anesthésie) était bien perçue par le père, qui faisait un parallèle avec sa propre angoisse passée.

L'enfant a évoqué l'hôpital comme un milieu de soin, parfois vaccinal, dans lequel ont été soignés ses camarades dont l'une est décédée. Il semblait en parler de manière détachée.

L'enfant semblait avoir besoin de questionner et d'aller chercher les informations dans sa fratrie et chez ses camarades, ce qui a pu créer une anxiété. Le père évoquait la possibilité que l'effet de groupe puisse être responsable d'une majoration de cette angoisse. La vaccination semblait être quelque chose d'acquis pour cet enfant (réflexion chez les aînés) et donc ne nécessitait pas d'échange avec le milieu médical auquel il faisait confiance. L'enfant faisait de la même manière confiance à ses parents pour prendre une bonne décision pour lui.

Famille n°24

Dans le dessin, l'enfant a semblé exprimer de manière intense sa peur et sa douleur des vaccins. Durant l'entretien, il confirmait sa peur et amenait très peu d'éléments descriptifs, il valorisait l'acte par ses bénéfices secondaires : l'utilité du vaccin pour le sport et l'intégration de l'école. La mère a confirmé la violence de l'acte vaccinal pour son enfant dans la description de la dernière consultation, qui l'a elle-même touchée émotionnellement.

Le père de l'enfant est sujet à une importante phobie des aiguilles, au point que cette rencontre lui a demandé un effort. La vaccination représentait pour lui une agression. Le père faisait le lien entre sa phobie et la réaction de son enfant, malgré son désir de ne pas la transmettre pour le protéger. D'après la mère, les craintes de son fils étaient apparues suite à une prise de sang, une expérience traumatisante pour l'enfant.

Famille n°30

L'enfant a vécu l'expérience de la maladie de son père, ce qui a fait trace dans son lien à la piqûre et donc au vaccin. Il a évoqué la séparation d'avec sa mère lors de la vaccination. Contrairement à ça, la mère, attachait de l'importance à la réassurance parentale lors de l'acte. Elle s'est dite affectée par les émotions ressenties par son enfant. Elle a exprimé un souvenir traumatique de sa propre vaccination dans l'enfance. Le souvenir commun d'effets secondaires les a marqués tous les deux.

Les échanges de la mère vers l'enfant étaient basés sur le risque de mort, mort douloureuse, en utilisant la propre expérience maternelle de coqueluche. La mère évoquait beaucoup de doutes sur les vaccins et l'indépendance du médecin. Pour cela, elle a eu besoin d'autoformation. L'enfant a évoqué la réflexion de sa mère dans la prise de décision vaccinale. Ces doutes ont entraîné une pression morale ressentie par le parent, de faire les bons choix, ce dont elle aimerait se décharger ; d'autant plus qu'elle évoquait l'absence d'implication dans cette décision des figures masculines entourant l'enfant.

Famille n°32

La vaccination ne représentait pas pour cet enfant un acte difficile. Il confirmait durant l'entretien son plaisir d'aller chez le médecin afin de se faire soigner. Il semble avoir compris l'objectif de la vaccination.

Le père évoquait l'importance d'avoir un discours simple, basé sur une expérience de vie (tétanos), ce que l'enfant a bien retranscrit lors de son entretien. La vaccination ne représentait pas pour ses parents un sujet de questionnement. Le père n'en a pas gardé un souvenir douloureux durant l'enfance. Pour l'enfant, la douleur était présente lors de la vaccination mais non prédominante.

Famille n°36

Dans cette famille, l'échange se faisait principalement de la mère vers l'enfant, légitime selon l'enfant car travaillant dans le milieu de soin. L'enfant semblait connaître le fonctionnement du vaccin grâce à une explication « dans les grandes lignes » par la mère, qui a dit utiliser sa propre expérience et les mêmes mots que ceux utilisés pour elle lorsqu'elle était enfant.

L'enfant centralisait son angoisse sur le vecteur vaccinal et les effets secondaires. La mère intégrait l'angoisse de son enfant (qu'elle mettait en parallèle avec son expérience vaccinale angoissante d'enfant). Cependant en tant que parent, le moment était moins pénible pour elle car elle s'était habituée à être témoin de l'angoisse lors de la vaccination des aînées. Malgré cela, elle restait réfractaire à certains vaccins notamment en lien avec les affaires vaccinales et des maladies dans son entourage. Elle poursuivait sa réflexion dans l'échange avec son médecin.

Famille n°44

L'enfant a placé l'acte vaccinal à la suite d'une consultation de contrôle de suivi pédiatrique. Durant l'entretien, l'enfant notait n'avoir pas souhaité que sa mère assiste à la consultation vaccinale dans le but de lui épargner ce moment qu'elle n'aimait pas. La mère n'évoquait pas de souvenir négatif de cette vaccination à laquelle elle a assisté.

L'enfant, quant à lui, a exprimé sa peur de réaliser l'acte technique, avec une centralisation sur le vecteur et les moyens d'amoindrir la douleur.

Il existait peu de dialogue dans cette famille à ce sujet. L'échange est venu à la demande de l'enfant au moment de la réalisation du rappel vaccinal. L'expérience personnelle de leur médecin a permis aux parents de les mettre en confiance quant à la vaccination contre l'hépatite B.

Le recoupement intrafamilial des informations recueillies laisse supposer que le manque d'information, volontaire ou non, a eu une influence sur l'angoisse de l'enfant. De plus, l'oubli par l'enfant de l'expérience vécue lors de son dernier vaccin peut générer une angoisse chez ce dernier et semble ne pas être pris en compte par les adultes qui l'entourent. Le manque d'information a parfois dû amener l'enfant à aller interroger spontanément son parent au sujet du vaccin.

La transmission de l'objectif vaccinal semble être mieux intégrée lorsque les parents déclarent utiliser des mots adaptés. Cependant, l'annonce ne permet pas une exclusion de l'anxiété générée. Le terme de piqûre pour caractériser le vaccin, est utilisé par l'ensemble des personnes autour de l'enfant et donc retenu par celui-ci.

L'enfant apprécie la démarche de réassurance du milieu médical et de ses parents, tout comme le système de récompense. Celui-ci semble reproduit à partir des propres souvenirs d'enfance parentaux.

Et enfin la confiance des enfants envers le médecin traitant semble refléter celle des parents.

DISCUSSION

1. La communication vaccinale au cabinet

Cette étude a confirmé le rôle primordial du médecin de premier recours comme transmetteur reconnu de l'information vaccinale aux parents. La consultation vaccinale est un moment singulier repéré par l'enfant et par sa famille. Il est donc nécessaire d'en analyser tous les déterminants.

1.1. La communication vers l'enfant

1.1.1. S'extraire de la piqûre

Un vecteur vaccinal entretenu comme douloureux

L'absence de présentation de l'objectif vaccinal par le médecin et l'entretien du vaccin comme une piqûre douloureuse fait que l'enfant semble se focaliser sur ses conséquences immédiates et non sur sa finalité. De plus, le pansement, évoqué à de nombreuses reprises, fait trace de la « blessure » vaccinale dans la mémoire de l'enfant.

Explorer le vécu de soin

Le traumatisme vécu dans le soin, imposé à l'enfant, laisse une empreinte dans sa mémoire de manière consciente ou inconsciente (17). Ce souvenir traumatique, s'il n'a pas été identifié et pris en compte, peut accompagner l'enfant jusqu'à l'âge adulte. Cette anxiété est devenue phobie chez certains enfants et parents, signant l'importance du traumatisme passé. Ce souvenir génère de l'angoisse dans un contexte de soin et donc lors de l'acte vaccinal.

La considération que le vaccin puisse être traumatique nécessite d'interroger la pertinence de sa réalisation immédiate. La vaccination étant rarement une urgence,

l'acceptation de celle-ci par l'enfant est indispensable (18). En cas de peur invalidante de l'enfant, il semble intéressant, pour ne pas aggraver la propriété de son corps, de différer le vaccin afin de préparer au mieux la nouvelle tentative vaccinale. L'obligation par la contrainte lors du soin se retrouve à plusieurs reprises dans la pratique médicale et celle-ci est également marquante pour le soignant (19).

Considérer la douleur

S'extraire de l'idée que le vaccin est uniquement douloureux ne signifie pas ne pas prendre en charge la douleur de l'enfant. Il est nécessaire pour le médecin d'être réaliste, d'identifier la douleur, de la nommer et de la prévenir pour ne pas trahir. Cependant, les médecins réalisant le suivi des enfants dans l'étude semblent porter, dans leur pratique vaccinale, une attention particulière à la douleur remarquable par l'identification répétée que les enfants ont fait de la distraction et de l'antalgie par patch anesthésiant.

Pour aider les enfants à supporter cette douleur, il est encore possible à cet âge de valoriser la récompense (verbale ou matérielle), non encore perçue par ceux-ci comme un désir pour l'adulte de les soudoyer (20)(21). De plus, présenter l'acte vaccinal grâce à ses bénéfices secondaires peut permettre à l'enfant de mieux tolérer la situation (sport, école...).

Il faut également prendre en compte que l'antalgie mise en place pour l'enfant joue probablement un rôle d'apaisement pour la famille présente lors du vaccin mais aussi pour le médecin.

À l'âge de 7-8 ans, l'enfant a déjà pu vivre des expériences personnelles marquantes et angoissantes, autour de la mort ou de maladies graves. Le fait de présenter le vaccin comme protecteur de ces maladies et donc de la mort, peut faire lien dans l'esprit de l'enfant, ce qui amène toute l'importance d'aller explorer ce vécu.

1.1.2. La relation médecin-enfant

Statut du médecin

L'enfant a présenté le médecin comme quelqu'un qui soigne, qui guérit, qui contrôle la « normalité » mais également qui « prend soin ». Cette bienveillance a été perçue par l'interrogation répétée de la bonne tolérance de l'acte, de la douleur et par la réassurance que le médecin a témoignée à l'enfant pour l'accompagner dans l'acte vaccinal.

Depuis plusieurs années, on note une modification du comportement du médecin. Décrit initialement comme paternaliste, il a ensuite développé une attitude collaborative avec le patient (11) (22). Dans sa relation à l'enfant, il semble, au travers de cette étude, développer un rôle protectionniste voire maternaliste. L'attitude extrême de ce comportement, pourrait amener des dérives, perturbant en partie l'objectivité du médecin dans son rôle de curateur, indispensable aux bons soins de l'enfant. Un équilibre pourrait être à trouver.

L'enfant autonomisé mais angoissé ?

Par le passé, l'enfant craignait le médecin (23), cette attitude s'est modifiée (11). L'enfant se permet d'échanger avec lui et il lui répond facilement. Comme annoncé, sa capacité décisionnelle reste peu existante. Le médecin reste directif dans l'interrogatoire, l'examen clinique et la réalisation du geste vaccinal, invitant peu l'enfant à choisir.

La société s'oriente de plus en plus vers une autonomisation de l'enfant en valorisant le droit pour lui d'être décisionnaire pour son propre corps. L'équilibre dans le degré d'autonomie s'évalue. Si celle-ci est trop accrue, elle peut générer une angoisse générale par une sur-responsabilisation dès le jeune âge. Cette autonomisation de la décision de l'enfant autour de l'acte ne doit pas décharger le parent ni surcharger l'enfant qui risque de ne pas supporter cette responsabilité (24). Les enfants et leurs parents ont

amené l'idée qu'à 7-8 ans, il est difficile pour l'enfant de prendre une décision sur sa vaccination. Cela n'empêche pas de l'inclure dans la réflexion et l'échange autour du vaccin. Pour ne pas agresser l'enfant, il est nécessaire de requérir son consentement avant l'acte, et ce de manière implicite ou explicite : acceptation participative ou participation acceptée.

1.2. La communication parentale

1.2.1. Confiance confirmée mais critiquée envers le médecin

Les parents ont confiance en leur médecin mais lorsqu'ils ont dû critiquer l'attitude médicale, cela a été devant un manque d'écoute et de considération de l'angoisse amenée autour du sujet vaccinal. Les parents ont des doutes sur l'autonomie décisionnelle médicale, mettant en cause l'absence de transparence de l'implication du médecin dans les lobbies pharmaceutiques. Ces doutes et réflexions autour du vaccin donnent à l'enfant la possibilité d'être témoin de ces questionnements.

1.2.2. « Transparence »

Il existe depuis décembre 2011, la base de données publique « Transparence » (25), gérée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, où tout lien d'intérêt entre acteurs de soin et entreprises pharmaceutiques est renseigné, dans le but de rétablir la confiance des citoyens envers les professionnels de santé. Cet outil ne semble pas être suffisamment communiqué car non présenté par les parents lors des entretiens.

1.2.3. Répondre aux inquiétudes parentales

L'éducation à la santé est devenue une compétence professionnelle qui demande une écoute attentive. Or, le temps de consultation nécessaire accordé pour convaincre les patients hésitants est de plus en plus réduit face à la désertification médicale.

Durant la formation médicale initiale, la communication centrée patient fait partie intégrante du programme depuis quelques années et intègre les compétences professionnelles (26) attendues en fin de Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Celle-ci mérite cependant une formation continue tout au long de la carrière médicale (27)(28). Il serait intéressant, pour chaque médecin, d'être formé à la communication spécifique à la prise en charge des parents hésitants face à la vaccination et formés aussi à répondre aux idées, parfois fausses, circulant sur les réseaux d'informations de plus en plus importants, facilement accessibles et non modérés. Des études récentes s'interrogent à ce sujet pour apporter des réponses pratiques et facilement diffusables (29).

1.2.4. Explorer l'expérience vaccinale des parents

Même si le parent, par protectionnisme envers son enfant, ne souhaite pas transmettre son angoisse, il la transmet malgré tout. Il existe donc un intérêt pour le médecin à aller explorer ces souvenirs, pour donner au parent la possibilité d'en parler, d'échanger et de désamorcer cette situation passée, afin de retenir les éléments déclencheurs et de ne pas les reproduire chez son enfant.

De plus, la quantité et la qualité d'informations transmises a pu influencer les angoisses de l'enfant. Par exemple, certains enfants, derniers de fratrie, recevaient moins d'informations que leurs aînés du fait que l'acte était devenu habituel pour les parents. Parfois, leur seule source d'informations était d'avoir assisté aux vaccinations passées de leurs frères et sœurs, ou d'avoir échangé avec eux. La conséquence en était positive ou négative, selon le souvenir créé par ces événements. Il semble donc pertinent de faire comprendre aux parents l'importance de considérer chacun de leurs enfants comme novice en terme de connaissances autour de la vaccination et ce dans le but de créer l'échange entre eux.

1.3. Une consultation dédiée à la vaccination

Un temps de consultation dédié à l'échange autour de l'acte vaccinal pour préparer celui-ci dans des conditions optimales doit s'évaluer.

1.3.1. Pour qui et quand ?

Cet échange serait nécessaire pour chaque enfant, quelle que soit sa place dans la fratrie. Selon le calendrier vaccinal, l'enfant doit bénéficier d'un rappel DTCaP à l'âge de 6 ans. Le délai temporel entre ce rappel et la dernière injection est d'au moins 4 ans, période au cours de laquelle l'enfant a pu vivre des expériences particulières et acquérir des connaissances autour du vaccin. De plus, l'enfant n'a pas un souvenir précis de ses dernières vaccinations. Cette consultation semblerait donc pertinente avant le rappel des 6 ans.

1.3.2. Objectifs

La communication autour de l'axe vaccinal semble pertinente sur plusieurs points :

- Présenter la vaccination à l'enfant (notamment objectif),
- Présenter les méfiances parentales et y répondre,
- Explorer le vécu des parents et de l'enfant dans le soin et autour des injections,
- Évaluer la communication existante au domicile autour du vaccin.

1.3.3. Technique

Pour communiquer de manière optimale avec l'enfant, le médecin doit lui donner la parole et l'écouter (9) au sujet du rôle vaccinal pour échanger avec lui sur ses connaissances. Il faut donner l'opportunité à l'enfant de transmettre ce qu'il sait du vaccin pour reprendre avec lui ses craintes fantasmées.

Pour présenter l'objectif vaccinal aux enfants de 7-8 ans, l'utilisation du jeu a toute

sa place. Des supports ludiques existent, comme a pu le souligner l'un des parents avec le dessin animé « Il était une fois la vie ». Une association a également développé des stratégies de communications pour les enfants (30). L'équilibre entre le jeu et la parole doit être fait avec des conversations courtes (ne dépassant pas 15 minutes) et une attitude dynamique du médecin afin de ne pas majorer l'angoisse d'un enfant cantonné à une position statique.

Dans l'explication, il semble plus judicieux d'utiliser en exemple l'ami imaginaire plutôt qu'un membre de la famille et d'utiliser des phrases simples et précises vers l'enfant, afin de ne pas créer de confusion avec d'autres actes de soins (ne pas dire « je vais piquer », mais plutôt « je vais faire le vaccin »). La formation spécifique à la communication en pédiatrie permettrait aux étudiants, futurs médecins, d'être plus à l'aise avec cette population toute particulière.

Au cours de la réalisation de l'acte vaccinal, l'enfant a valorisé la distraction comme méthode « antalgique » lors du vaccin (31). Ces stratégies ont été développées de manière importante dans les services hospitaliers de pédiatrie (32). Les plus simples pourraient être reproduites en cabinet de médecine libérale. Elles permettraient de créer l'évitement et de donner à l'enfant la possibilité de penser ailleurs. Certaines institutions prenant en charge les enfants dans le soin proposent des boîtes de jeux distractifs adaptés à la catégorie d'âge (33) et au sens le plus en alerte, spécifique à chaque enfant (toucher, ouïe, vue...).

1.3.4. Acteurs

Cette proposition de consultation exclusivement dédiée à la vaccination s'intègre dans un système de santé empreint à un manque de moyens. La complexité de sa mise en place est bien intégrée dans l'esprit des auteurs qui ont cependant essayé de proposer plusieurs solutions.

Cette consultation pourrait être réalisée par le médecin généraliste. Le manque de temps et l'insuffisance de valorisation des systèmes de cotations sont préjudiciables au développement de certains aspects de la prévention en médecine de premier recours. Le système de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) a été mis en place, notamment pour la réalisation de la vaccination antigrippale. Cette stratégie n'a pas apporté d'amélioration significative de la couverture vaccinale pour cette maladie (34). Depuis le 1^{er} janvier 2017, ce système de cotation a été étendu aux vaccinations contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, ainsi que pour la vaccination contre le méningocoque C. Les premiers résultats semblent satisfaisants pour ces vaccinations de l'enfant (35).

Cependant, ce système ne peut qu'accentuer les *a priori* sur une attitude supposée pro-vaccinale des médecins, car ils sont indemnisés. Une cotation spécifique pour une consultation recommandée incluse dans le suivi pédiatrique pourrait favoriser une consultation centrée sur la communication vaccinale.

Les effecteurs vaccinaux se multiplient avec une mission conjointe d'éducation autour de la santé. Ce rôle de communication autour du vaccin se veut pluridisciplinaire notamment en collaboration avec les infirmières ASALEE (36), mais également les pharmaciens (37)(38) ou les sages-femmes. Dans l'étude, a été relevée l'importance pour les enfants, notamment pour les enfants anxieux, de se faire vacciner par une personne connue s'adaptant à leurs singularités.

Cependant, l'enfant n'adapte-t-il pas son comportement dans les lieux inhabituels pour lui ? En effet, face à des personnes inconnues, n'exprime-t-il pas moins son angoisse ? Cela donnerait alors un atout à la vaccination en milieu scolaire, celui d'être mieux tolérée par les enfants. Cependant cette angoisse n'est-elle pas juste dissimulée et vécue intérieurement ?

2. La place de la vaccination à l'école

2.1. Arguments pour la vaccination à l'école

L'école a été par le passé un lieu de vaccination en France et a laissé un souvenir, une trace, une empreinte (parfois physique) importants chez de nombreux parents, notamment pour la vaccination de masse par le BCG. Pour rappel, les enfants n'ont quant à eux pas de souvenirs ou d'expériences vaccinaux à l'école, aussi bien pour l'acte que dans l'échange.

Sur l'idée parentale d'une décharge financière, une étude de 2014 (39) évoque un lien possible entre le faible niveau socio-économique et le déficit de couverture vaccinale contre le pneumocoque. À noter que ce lien n'est pas exclusivement basé sur le prix d'achat du vaccin.

D'un point de vue moral, l'obligation vaccinale récente renforce la culpabilité que peuvent avoir les parents dans la décision de vacciner leur enfant, quelle qu'en soit la finalité. La responsabilité de mettre en danger leurs vies en décidant de ne pas les vacciner, ou de les exposer à des effets secondaires supposés des vaccins, est parfois lourde. Le milieu scolaire, institution gérée par l'Etat, pourrait devenir lieu de réalisation vaccinale et donc rendre l'Etat acteur de son ordonnance, tout en déchargeant les parents de cette responsabilité.

En lui donnant cette mission vaccinale, l'école pourrait également devenir un acteur privilégié de la communication vers l'enfant dans ce domaine. Elle semble le lieu adapté à l'acquisition de nouvelles connaissances (40). Les informations reçues à l'école sont définies comme « autoréférentes et autovalidantes ». De plus, les enfants semblent utiliser l'école pour échanger entre eux des données acquises à l'extérieur et pour partager et dialoguer sur les sujets abordés au sein de l'établissement.

2.2. Les réussites et les échecs de la vaccination à l'école en France.

L'idée de la prévention en milieu scolaire est née à la fin du XVIII^{ème} siècle. M. Joseph Lakanal, homme politique français et membre du Comité de l'Instruction Publique de la Convention, a présenté en 1793 un projet de loi sur l'instruction civique : il précisait que des officiers de santé visiteraient les écoles nationales afin de rencontrer l'ensemble des élèves et leur présenter « les règles propres pour fortifier leur santé » (41). Ce projet représente la naissance de la médecine scolaire.

Deux grandes campagnes de vaccination ont eu lieu en milieu scolaire en France : contre la tuberculose et contre l'hépatite B.

Au cours du XX^{ème} siècle, a été mise en place la vaccination par le BCG pour lutter contre la tuberculose, pathologie avec un taux de mortalité élevé et un arsenal thérapeutique peu développé (sanatorium) (42). Cette vaccination est devenue obligatoire en France en 1950. Le conditionnement du vaccin et l'école obligatoire ont fait du milieu scolaire un lieu approprié à la vaccination de masse. Malgré un recul de la tuberculose, cette obligation a été interrompue, notamment du fait d'un mauvais taux de séroconversion, une lecture de l'Intradermo-Réaction (IDR) peu aisée et des thérapeutiques devenues efficaces. Elle a laissé place à des « recommandations sur bases géographiques et populationnelles » (43).

Pour ce qui est de l'hépatite B (44), le programme de vaccination dans le cadre scolaire (pour les adolescents de 11 à 17 ans) visait à réduire de 90% l'incidence d'une infection par le VHB dans les vingt années à venir et à l'éliminer à terme. En raison des doutes quant au lien entre le vaccin et des pathologies démyélinisantes (45), mais également d'une communication défailante autour de cette campagne, celle-ci a été suspendue 4 ans après son introduction (1994-1998).

2.3. Quel est le rôle actuel de l'école dans l'approche de la vaccination ?

2.3.1. La réalisation de l'acte vaccinal à l'étranger

Des politiques vaccinales en milieu scolaire sont encore d'actualité à l'échelle internationale. Au Québec (46), les enfants reçoivent de manière gratuite les vaccins en 4^{ème} année de primaire (enfants de 9 à 11 ans) et en 3^{ème} année de secondaire (enfants de 14 à 16 ans). C'est l'infirmière scolaire qui est l'acteur principal de cette vaccination : elle vaccine et vérifie, à l'aide du carnet de santé, l'intégralité du calendrier vaccinal des enfants.

Une étude réalisée en Grande Bretagne (47), met en évidence le succès de la vaccination contre le PapillomaVirus dans le milieu scolaire. Durant l'année scolaire 2009-2010, la vaccination anti-HPV a été proposée aux jeunes filles en âge scolaire. Il s'est révélé qu'elle a été acceptée dans 76% des cas.

2.3.2. Programmes d'éducation à la vaccination

En Suisse, dans le canton de Vaud (48), il existe un programme de valorisation de la vaccination à l'école, complémentaire à celui de la médecine privée. Il met en évidence 4 objectifs : une information aux parents et aux élèves, une évaluation du statut vaccinal individuel, l'offre des vaccinations et des études de couverture vaccinale.

En France, depuis 2016, a été mis en place par le Ministère de l'Education Nationale le Parcours Éducatif de Santé (PES) (49). Ce programme « vise à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé » entre les élèves, pour ainsi leur donner la chance de devenir « un citoyen responsable ». Il concerne les élèves de la maternelle au lycée et est structuré en trois axes : l'éducation à la santé (fondée sur le développement des compétences psycho-sociales), la prévention (dont la vaccination) et la protection de

la santé (environnement favorable à la santé et au bien-être). N'étant en place que depuis 2 ans, cette mesure est difficilement évaluable du fait d'un manque de recul.

En collaboration avec l'Education Nationale, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (50) met à la disposition des professeurs des écoles différents outils d'éducation. Prenons l'exemple du pack « E-bug » : élaboré en 2009, il s'adresse aux élèves de 9 à 15 ans (du CM1 à la 3^{ème}). Cet outil est consacré à « l'amélioration de la prévention des infections » selon quatre thématiques : les microorganismes, la transmission des infections, la prévention (et notamment la vaccination), ainsi que le traitement des infections.



Figure 1 : « E-bug » outil INPES de promotion de l'éducation à la santé

2.4. Comment introduire cet échange dans le milieu scolaire en France ?

2.4.1. Les freins

La mise en place de la prévention et de l'échange autour du vaccin dans le milieu scolaire peut être difficile à mettre en place à notre époque. En effet, selon une étude (51), les professeurs des écoles peuvent rencontrer des difficultés à parler du vaccin en lien avec la crainte du jugement des parents, les difficultés d'enseignement autour d'un thème polémique tel que la vaccination et l'étriquet des programmes scolaires.

Une méta-analyse de 2017 (52) s'est intéressée à l'organisation des programmes de vaccination en milieu scolaire dans les pays développés anglo-saxons. Différents facteurs influençant la mise en place d'un tel programme ont été mis en évidence : les organisations institutionnelles, les capacités humaines à l'assurer, le rôle des infirmières

scolaires, les méthodes d'obtention du consentement des représentants légaux ainsi que l'organisation de l'acheminement des vaccins et de leur réalisation. L'ensemble de ces facteurs représente des freins à l'implantation d'un tel programme en France.

De plus, cette mission ne peut être prise en charge uniquement par les services de médecine scolaire qui ne bénéficient pas des moyens humains nécessaires actuellement. Le nombre de médecins de l'Education Nationale ne fait que décroître (1400 en 2006, 1000 en 2016) et leur répartition sur le territoire français est très hétérogène, allant de 2000 à 46000 élèves par médecin (53). L'objectif actuel est de préserver les mesures de prévention notamment dans le domaine de l'échec scolaire, des addictions, de l'obésité et des troubles neuropsychiques.

Il a été instauré en France le Service Sanitaire pour les étudiants en santé, et notamment les étudiants en médecine (54) ; ce projet avait été inauguré et mené à l'université d'Angers au cours de l'année scolaire 2016-2017 (55). Il a été généralisé à l'ensemble du pays depuis la rentrée 2018. Il découle de la « stratégie nationale de santé », dont le premier objectif est d'optimiser la politique de prévention et de promotion de la santé, notamment dans le cadre scolaire. Cette mesure pourrait éventuellement répondre en partie au déficit actuel de la médecine scolaire.

2.4.2. Les alternatives

Malgré les freins que rencontre la vaccination en milieu scolaire, une expérimentation est réalisée depuis plus de 10 ans dans la région Grand-Est et plus précisément dans le département de la Meuse (56). Cette dernière consiste à faire réaliser par un centre de vaccination, activité conjointe entre la sécurité sociale et l'ARS (Agence Régionale de Santé), un rattrapage vaccinal en milieu scolaire après vérification des statuts vaccinaux des élèves. Cette étude a été étendue au département des Vosges

durant 2 ans (de 2016 à 2018) « afin d'en évaluer la transférabilité et l'acceptabilité » par les parents, les enseignants et les médecins traitants.

Le protocole consiste à ce que le médecin du centre de vaccination se déplace dans les établissements scolaires du territoire concerné, afin de vérifier les statuts vaccinaux via le carnet de santé. Ceci a été réalisé pour les élèves de CE1 (enfant âgé de 7 ans, la population étudiée) et de 5^{ème} (12 ans), un an après l'âge habituel des rappels vaccinaux. La population a été étendue aux élèves de 2^{nde} afin de vérifier le statut vaccinal des élèves dans des filières spécifiques et la vaccination contre les infections à Papilloma Virus (HPV) des jeunes filles. Il est alors proposé aux parents de remettre le carnet de santé de leur enfant à l'école un jour prévu, afin que le médecin du centre de vaccination puisse vérifier les statuts vaccinaux ; il leur est ensuite adressé un courrier d'information afin de préciser les vaccins non à jour. Il appartient ensuite aux parents de choisir de faire vacciner leur enfant par le médecin traitant ou à l'école, lors du second passage du médecin du centre de vaccination. Pour cela, il leur est également remis un formulaire de consentement et un questionnaire médical. La vaccination est ensuite réalisée par le médecin dans le cadre scolaire, après vérification de l'absence de contre-indication. En cas de refus, d'absence ou de contre-indication, une lettre sera transmise aux parents afin de leur expliquer l'importance de la mise à jour des vaccins.

Sur le territoire vosgien durant ces deux années scolaires (57), près de 1000 carnets de santé ont été vérifiés (464 en 1^{ère} année et 515 en 2^{ème} année), soit presque 86% des enfants ciblés. 54,7% des élèves n'étaient pas à jour de leurs vaccinations durant la première année et ce chiffre a atteint 63% en 2^{ème} année. Notamment dans les écoles primaires, durant la 1^{ère} année, 42% des élèves n'avaient pas reçu le rappel DTCaP et 64% n'étaient pas protégés contre le méningocoque C. A contrario, 93% des élèves

étaient à jour de leur vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B.

Au terme de cette démarche, 42,9% des parents ont accordé la vaccination en milieu scolaire durant la 1^{ère} année : 103 enfants ont été vaccinés et 34 disent l'avoir été par le médecin traitant. Durant la 2^{ème} année d'expérimentation, 94 parents (soit 29%) ont accordé de faire vacciner leur enfant à l'école, 32 ont préféré réaliser cette vaccination auprès du médecin traitant. Ceci démontre également le rôle primordial du médecin traitant dans le domaine de la prévention.

Les retours de cet essai ont été plus que positifs : 86,2% des enseignants et 93,5% des parents ont été satisfaits de cette mesure. En Juin 2018, il était discuté d'étendre cette mesure à l'ensemble de la région Grand-Est pour la rentrée 2018-2019.

Cependant, cette alternative vise à améliorer la couverture vaccinale mais ne valorise pas la communication vers l'enfant : ce programme pourra être complété ensuite par une stratégie de diffusion des connaissances vaccinales.

3. Forces et limites de l'étude

3.1. Population

Le chercheur n°1 a été scolarisé et a grandi dans la ville dans laquelle a été réalisée l'étude. Des parents de deux familles le connaissaient et en avaient informé leurs enfants. Le chercheur n'avait pas eu de contact avec eux depuis plusieurs années et n'a repris contact qu'à la fin du recueil de données. Le dessin de l'enfant n°1 est critiquable par le lien existant entre son père et le chercheur n°1, étant tous les deux pompiers volontaires.

Il a également existé un biais de sélection inévitable en proposant un sujet polémique. Malgré l'anonymisation, le fait de faire transiter les formulaires de

consentement par l'instituteur a pu rendre réticentes certaines familles.

La stratégie par entretien a pu freiner certains parents devant la nécessité pour eux de dégager du temps. Certains conjoints des parents interrogés n'ont pu être rencontrés du fait de la difficulté à convenir d'un rendez-vous avec eux.

Le recrutement de l'échantillon à travers une école primaire a probablement créé un biais de recrutement, excluant peut-être les parents les plus réfractaires à la vaccination et scolarisant leurs enfants dans des systèmes éducatifs alternatifs. Malgré cela, ce type de recrutement a permis d'accéder à une population très variée.

3.2. Méthodes

Lors du recueil de données, la consigne de la réalisation graphique a été émise par l'instituteur. L'enfant a pu percevoir l'exercice comme une évaluation et donc ne pas exprimer certaines informations sur lesquelles il doutait. De plus, la syntaxe de la consigne donnée pour la réalisation du dessin a pu expliquer que les enfants n'aient jamais représenté de parents accompagnateurs dans leurs réalisations alors qu'ils les citent régulièrement lors des entretiens.

Malgré la tentative de minimisation, il a existé un biais de mémorisation chez les enfants entretenus à J+7 de leur réalisation graphique.

La présentation des chercheurs en tant que médecins a pu également créer un biais de courtoisie. Cela peut se constater à la lecture des entretiens des enfants, certaines réponses peuvent être perçues comme pour satisfaire le chercheur. La suggestivité de certaines questions peut en être la source et également être expliquée par la première expérience des chercheurs en manière de recherche qualitative.

La réalisation des entretiens parentaux au domicile a parfois amené de la distraction lors du recueil de données. Cependant, l'existence d'entretiens physiques a pu

favoriser la mise en confiance et la possibilité pour la personne interrogée de se livrer à l'intervenant.

Dans les familles n°24 et n°44, les deux parents n'ont pas été rencontrés le même jour. Il est supposé qu'ils ont pu communiquer entre eux dans l'intervalle au sujet de l'étude.

Dans la famille n°24, il a existé un biais de sélection par l'incitation de la mère envers le chercheur à interroger le père qui, avant l'entretien de sa conjointe, n'était pas favorable à participer lui-même à l'étude, en lien avec son angoisse du vaccin.

Lors des entretiens parentaux, la limite de temps imposée par certains parents a pu apporter un biais de réalisation, tout comme lors des réalisations graphiques en classe entière, notamment pour la classe n°2.

3.3. Analyse

Comme dans toute analyse qualitative, le biais d'interprétation a existé, même s'il a été réduit au maximum par les doubles analyses indépendantes des deux chercheurs pour chaque partie des résultats (dessins, entretiens parents, entretiens enfants) et la triangulation avec les directrices de thèse. L'utilisation d'une technique d'analyse de dessins standardisée et reproductible l'a également permis.

Les chercheurs ont aussi réalisé une analyse croisée intrafamiliale des résultats trouvés chez les enfants et les parents. Chaque famille ayant son histoire propre et étant unique il a été difficile de retrouver des associations franches sur cette population.

CONCLUSION

Il paraît important de prendre en considération la douleur et les craintes infantiles mais aussi parentales autour du vaccin pour en améliorer le ressenti et extraire l'acte vaccinal d'un simple geste douloureux. Cela permettra à ces familles de pouvoir en garder un souvenir valorisant et positif. De plus, convaincre l'enfant de l'importance individuelle mais également collective du vaccin pourra lui permettre, à l'avenir, lorsqu'il deviendra lui-même parent, de mieux appréhender cet acte et d'éviter de transmettre ses inquiétudes à son propre enfant. Si cet objectif se vérifie, il est probable que l'adhésion à la vaccination sera meilleure et donc permettra d'améliorer la couverture vaccinale. Cela pourrait être une alternative à une obligation, qui majore actuellement les réticences face au système de santé publique.

Les soignants ne doivent pas perdre de vue que le principal intéressé sera l'adulte de demain. La valorisation d'une consultation s'intéressant à l'expérience antérieure vaccinale de l'enfant et de ses parents avant le rappel des 6 ans pourrait être un outil nécessaire pour évaluer et lever leurs réticences. Cependant, dans un système de santé où la multiplication des missions du médecin généraliste et le manque de moyens de la médecine scolaire ne permettent pas à ces deux acteurs de remplir entièrement leur mission de prévention en santé pédiatrique, la pluridisciplinarité et la délégation de tâche pourraient être une ouverture au soin vaccinal. L'école pourrait développer ses missions d'information autour du vaccin et les étudiants en santé pourraient être, à l'avenir, des acteurs complémentaires de la prévention dans le système éducatif français. Le milieu scolaire redeviendra-t-il effecteur vaccinal ? Cela permettrait d'augmenter l'offre de soin mais rendrait également l'État acteur de ses injonctions en terme d'obligation au vaccin, ce qui pourrait alléger la posture décisionnelle parentale.

BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Décret n° 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire. Legifrance [cité le 15 janvier 2019]. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036543886&categorieLien=id>
2. Hurel S. Rapport sur la politique vaccinale. Ministère de la Santé et des Solidarités. janv 2016.
3. Buegue P. Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique. Académie nationale de médecine. 5 mars 2012;
4. Cot B, Benz S. Agnès Buzyn et les vaccins: « Je n'irai pas mettre un gendarme devant chaque crèche ». LExpress.fr [Internet]. 28 nov 2017 [cité 15 janv 2019]; Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/agnes-buzyn-et-les-vaccins-je-n-irai-pas-mettre-un-gendarme-devant-chaque-creche_1964380.html
5. Collège National des Généralistes Enseignants. Comment améliorer la couverture vaccinale : concertation ou obligation ? 27 juin 2017;
6. Michel M. Suivi régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? [Thèse d'exercice]. [Université de Toulouse. Faculté de Médecine]; 2013.
7. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DRESS. Août 2007;Études et résultats(588).
8. Collange F, Fressard L, Verger P, et al. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. INPES DRESS. Mars 2015;Études et résultats(910).
9. Leblanc A. Le pédiatre à l'écoute de l'enfant. Enfance&Psy. mars 2007;(36):128-35.
10. Vinay A. Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent. 2ème édition. Dunod; 2014. (Les topos).
11. Daumas A-C. « Dessine ton docteur », l'image des médecins dans les dessins d'enfants de 6 à 9 ans. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Faculté de médecine; 2013.
12. Royer J. Découverte de la grande enfance de 6 à 12 ans. Desclée de Brouwer; 2000.
13. Thibault J-P, Geales S, Cordier F, Meunier B. Le développement des connaissances chez l'enfant de 4 à 10 ans. [Université de Poitiers et Liège]; 2005.
14. Fischer A. Rapport sur la vaccination. Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination; 2016 nov.

15. Fiquet-Peuch J. Les réticences des patients à la vaccination. Approche du ressenti des patients. Étude sur 3 vaccinations particulières. [Thèse d'exercice]. [Université de Toulouse. Faculté de médecine]; 2014.
16. Blanchet A, Gotman A. L'Entretien. 2ème édition. Armand Colin; 2015.
17. Leblanc A. Les attentions du pédiatre au corps de l'enfant. Avr 2002;Enfances&Psy(20):7-12.
18. Dupont M. Le consentement en pédiatrie. Sylvie Séguret Éd Consent Éclairé En Périnatalité En Pédiatrie. 2004;101-19.
19. Oudjania C, Danyab L, Deromec M, Bataillec J. Représentations sociales de la contention en pédiatrie: regards de professionnels. Arch Pédiatrie. Janv 2015;(22):4-13.
20. Delfos MF. De l'écoute au respect, communiquer avec les enfants. ERES; 2007. (Enfance&Parentalité).
21. HURPEAU-ARTIS A. Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin enfant malade: à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice]. [Université de Nancy, Faculté de médecine]; 2004.
22. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. Avr 1992;267(16):2221-6.
23. Andrieu C. La représentation de la relation entre le médecin généraliste et l'enfant à travers le dessin enfantin [Thèse d'exercice]. [Université Rennes 1. Faculté de médecine]; 2005.
24. Gravillon I. L'enfant hyper-responsabilisé. L'école Parents. 2015;615(4):46-7.
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. La base de données publique Transparence - Santé [cité le 20 décembre 2018].
<https://www.transparence.sante.gouv.fr/flow/main;jsessionid=52F98677CB89E1CA27B39E69CFF71797?execution=e1s1>.
26. L. Compagnon, P. Bail, J-F Huez & al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.
27. Bourquin C, Stiefel F. Formation à la communication clinique: malaise dans la médecine. Rev Med Suisse. Févr 2017;volume 13(549):350-2.
28. Université d'Angers. Se former à la communication en santé [cité le 20 Décembre 2018] [Internet]. Disponible sur: <http://www.univ-angers.fr/fr/formation/formation-continue/actualites/communication-en-sante.html>
29. Patte M, Levy C, Béchet S, Cohen R. Perception de l'hésitation vaccinale par les médecins impliqués dans la vaccination: l'enquête Infovac. Oct 2018;Médecine & enfance:219-23.

30. Sparadraps. Le vaccin. [cité le 13 Décembre 2018] [Internet]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/enfants/piqures/le-vaccin>
31. Coussement C, Meulemans B. Prendre en charge la douleur des vaccinations des nourrissons et des enfants, un défi ? In *Pédialol*; 2014. p. 77-83.
32. Cohen-Salmon D. Utilisation des techniques de distraction et de jeu lors des douleurs aiguës provoquées par les soins chez l'enfant [cité le 20 Décembre 2018]. Cent Natl Ressour Lutte Contre Douleur [Internet]. Févr 2005; Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/Utilisation-des-techniques-de.html>
33. Galland F. Distraire les enfants lors des soins [cité le 20 Décembre 2018] [Internet]. Sparadraps. 2018. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>
34. Cour des comptes. La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter. *Rapp Public Annu* 2018. Févr 2018.
35. Assurance Maladie. De premiers résultats prometteurs pour la Rosp «médecin traitant de l'enfant» [Internet]. Ameli. 2018 [cité 14 Janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/de-premiers-resultats-prometteurs-pour-la-rosp-medecin-traitant-de-lenfant>
36. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *IRDES*. Avr 2018;Question d'économie de la santé(232).
37. Moreau R, Lepage H, Blanchet F, Megerlin F. Le pharmacien d'officine et la vaccination : actualité et opportunité. *Ann Pharm Fr*. Nov 2012;70(6):309-14.
38. République française. Elargissement de l'autorisation vaccinale aux pharmaciens LOI n° 2016-1827 du 23 Décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. *Légifrance* cité le 22/12/2018 [Internet]. Article 66 mis à jour 26 Septembre 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
39. Guthmann J-P, Chauvin P, et al. Existe-t-il en France des inégalités sociales d'accès des enfants à la vaccination ? Exemple de la vaccination contre les infections pneumocoques et par le BCG. *Bilan Épidémiologique Hebd InVS*. Févr 2014.
40. Tricot A. Les connaissances apprises à l'école et au-dehors : quels échanges ? *Empan*. 2006;63(3):79-83.
41. Romano H. La santé à l'école. 2eme édition. Dunod; 2013. (Aide-Mémoire).
42. Brosc R, Che D, Decludt B, et al. Tuberculose : place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie. *HAL Arch Ouvert INSERM*. 2004;281.
43. Floret D, Torny D. La vaccination. *Actual Doss En Santé Publique*. Juin 2010;(71):13-49.
44. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). Guide des vaccinations : la vaccination contre l'hépatite B. 2012;108-22.

45. AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Commission nationale de pharmacovigilance : compte rendu de la réunion du mardi 27 Septembre 2011. 2011.
46. Gouvernement du Québec. Vaccination en milieu scolaire [Internet]. 2018 [cité 12 Déc 2018]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca>
47. Russell M, Raheja V, Jaiyesimi R. Human papillomavirus vaccination in adolescence. *Perspect Public Health*. 1 Nov 2013;133(6):320-4.
48. État de Vaud. Vaccination en milieu scolaire [Internet]. [cité 12 Déc 2018]. Disponible sur: <https://www.vd.ch>
49. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. La santé des élèves : Le parcours éducatif de santé [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2018 [cité 17 Déc 2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr>
50. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). Des outils pour les professionnels de l'école et du périscolaire [Internet]. 2012 [cité 12 Déc 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr>
51. Crépin T. L'école peut-elle encore enseigner sur le thème de la vaccination ? [Thèse d'exercice]. [Université de Saint-Étienne. Faculté de médecine]; 2012.
52. Perman S, Turner S, Ramsay AIG, Baim-Lance A, Utley M, Fulop NJ. School-based vaccination programmes : a systematic review of the evidence on organisation and delivery in high income countries. *BMC Public Health*. Mars 2017;17(1):252.
53. Buegue P. La médecine scolaire en France - Rapport de l'Académie nationale de Médecine. 2017.
54. ARS (Agence régionale de Santé). Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2018 [cité 12 Déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr>
55. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire : la formation en santé au service de la prévention. 26 Févr 2018.
56. Munerol L, Ribs I, Dieterling A. L'école, une occasion de rattrapage vaccinal : l'expérience en Grand Est. *Santé En Action*. Mars 2018;443:49-50.
57. ARS (Agence régionale de santé). Amélioration de la couverture vaccinale : une expérimentation de rattrapage vaccinal en milieu scolaire dans les Vosges [Internet]. 2018 [cité 12 Déc 2018]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : « E-bug » outil INPES de promotion de l'éducation à la santé	94
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Proportion de l'échantillon de l'étude	31
Tableau II : Caractéristiques de la population	33
Tableau IIIa : Analyse standardisée des dessins (partie 1)	62
Tableau IIIb : Analyse standardisée des dessins (partie 2)	63

ANNEXES

Annexe 1 : Avis du comité d'éthique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

3 rue Parmentier
93100 MONTREUIL
Courriel : comite-ethique@cnge.fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Montreuil, le 30 Avril 2018

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " **Qu'ont à dire les enfants de 7 à 8 ans et leurs parents à propos du premier rappel vaccinal DTCP ?**" - **AVIS n° 03041843**

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « " **Qu'ont à dire les enfants de 7 à 8 ans et leurs parents à propos du premier rappel vaccinal DTCP ?**".

Le comité attire l'attention des auteurs de la recherche sur les points suivants :

- les documents proposés à destination des patients utilisent **un entête et** des logos, stipulant par quel organisme la recherche est conduite. Les documents à destination des patients devraient comporter d'une part l'identité de la personne (ici l'interne), sa qualification, ses coordonnées. Mais aussi l'identification d'un référent institutionnel (au minimum le directeur de thèse) qui a légitimité à engager l'institution à laquelle il est fait référence.

- il est habituel de préciser au participant que son refus de participer n'aurait pas d'impact sur sa prise en charge.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 2 : Lettre d'information aux parents

Raimbault Nathan
Interne en Médecine Générale Nantes
nathan.raimbault@wanadoo.fr

Mélanie Huet
Interne en médecine Générale Angers
melanie.huet.51@gmail.com



Le 14 avril 2018
À Angers.

À l'ensemble des parents d'élèves

Objet : Sujet de recherche sur le ressenti des enfants à propos de la vaccination par le dessin.

Madame, Monsieur,

Votre enfant est scolarisé en classe de CE1 ou CE2 à l'école Joubert de Chalonnes sur Loire, comme l'un de nous l'a été par le passé. Dans le cadre de notre thèse pour devenir docteur en médecine générale, nous aimerions effectuer une étude sur ce que vous et vos enfants avez à dire de la vaccination. En effet, comme vous le savez, depuis janvier 2018, 11 vaccins sont devenus obligatoires pour les moins de 2 ans. Ce sont les enfants qui sont au centre de cette obligation, et il nous a semblé utile de nous interroger sur ce qu'ils connaissent de cet acte mais aussi de quelle manière ils l'acquièrent.

Vos enfants sont actuellement âgés de 6 à 8 ans, et sont susceptibles d'avoir reçu leur rappel vaccinal DTCP. Nous aimerions les interroger sur ce qu'ils ont retenu de ce moment de leur vie d'enfant.

Nous savons qu'à cet âge, le cadre familial et le cadre scolaire jouent un rôle important dans leur futur comportement d'adulte. En interrogeant leurs connaissances et ce que ressentent vos enfants du vaccin aujourd'hui, nous espérons pouvoir développer des axes de travail, afin d'améliorer la communication, l'information et l'éducation autour de cette pratique, à la fois dans le milieu médical, le milieu scolaire et le cercle familial.

C'est avec l'aide du dessin que nous (leur enseignant et nous-même) lui demanderons, en classe entière, de dessiner sa dernière consultation pour ce vaccin. Ensuite, après lui avoir demandé son accord, l'un de nous le rencontrera lors d'un entretien individuel, de maximum 15 min, pour qu'il nous parle de son dessin. Pour améliorer la retranscription dans notre thèse, nous l'enregistrerons vocalement et prendrons des notes après la rencontre.

Ces activités se feront bien évidemment sur un temps scolaire, le plus court possible, pour permettre à chaque enfant de ne pas être déstabilisé dans le suivi du programme scolaire. Elles seront coordonnées avec l'instituteur de votre enfant et le directeur de l'école. Pour information, le protocole de notre étude a été validé par le Département de Médecine Général de Nantes et d'Angers mais également par l'inspecteur d'académie. Notre projet a également été soumis à avis du comité d'éthique du CNGE.

La deuxième partie de l'étude sera orientée vers vous, parents. Le deuxième chercheur réalisera des entretiens individuels avec vous pour savoir comment les échanges se font entre vous et votre enfant sur ce sujet. Ces entretiens se dérouleront à votre domicile ou dans le lieu de votre choix, à une date que nous fixerons ensemble selon vos disponibilités.

Cette étude bénéficiera bien évidemment d'un système d'anonymisation des données. Nous vous laissons la possibilité de nous contacter par mail pour répondre à toute éventuelle interrogation que vous pourriez avoir sur notre projet. Dans le cas où cette démarche ne vous conviendrait pas, vous et votre enfant avez bien évidemment l'opportunité de ne pas participer à l'étude en le précisant sur le formulaire ci-joint.

Cette étude n'est absolument pas de la propagande pro-vaccinale, mais a un réel intérêt d'analyse du ressenti des enfants sur cet acte qui fait actuellement discussion, pour améliorer les pratiques futures d'éducation autour du vaccin. Nous sommes tous les deux détenteurs d'un diplôme universitaire de prévention en santé pédiatrique. Elle est réalisée conjointement entre les facultés de Nantes et Angers et est dirigée par le Dr de Casabianca, médecin généraliste et maître de conférences associé au Département de Médecine Générale d'Angers, et par le Pr Vinay, professeure en psychologie à la faculté d'Angers.

Pour les parents et les enfants intéressés, nous proposeront un retour des résultats de notre thèse dont le support est encore en réflexion (réunion, résumé écrit...)

Nathan Raimbault & Mélanie Huet.

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je soussigné _____ (Mère) et/ou _____ (Père) et/ou _____ (détenteur de l'autorité parentale) déclare accepter, librement, et de façon éclairée, ma participation et celle de mon enfant _____ à l'étude intitulée :

Qu'ont à dire les enfants de 7 à 8 ans et leurs parents à propos du premier rappel vaccinal DTCP ?

Sous la direction de : Dr de Casabianca (DMG Angers) et Pr Vinay (équipe BePsyLab, université d'Angers)

Promoteur : Département de médecine Générale de Nantes et Angers.

Investigateurs : Nathan Raimbault et Mélanie Huet, internes de Médecine Générale (9ème année, DES 3).

L'étude va se dérouler comme décrite dans la lettre d'information jointe.

En tant qu'investigateurs, nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Nous nous engageons également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche. Si il existe un refus de participer à l'étude, il sera proposé à l'enfant de réaliser quand même le dessin en classe entière pour ne pas l'exclure du groupe classe mais celui-ci ne sera pas analysé et les entretiens ne seront pas réalisés.

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Le promoteur et les investigateurs s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France) et de respecter le code de santé publique Article L1121 et L1122.

Mon enfant a bien reçu le rappel vaccinal Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche recommandé à l'âge de 6 ans : **Oui** ☐ **Non** ☐

Fait à _____, le _____.

Signatures :

Père : _____ Mère : _____ Enfant (participant à l'étude) : _____ Les investigateurs : _____

(Fait en 2 exemplaires, en garder un)

Si accord d'un seul des deux détenteurs de l'autorité parentale :

☐ Une seule personne est détentrice de l'autorité.

☐ Le parent absent ne peut donner son accord dans un délai raisonnable et le signataire se porte garant pour l'autre.

En cas d'accord de votre part, nous vous contacterons afin de convenir d'une date et d'un lieu afin de réaliser l'entretien auprès de vous, parents. Est il possible pour nous d'utiliser les coordonnées qui nous ont été transmises par Mr Boulben, le directeur de l'école?

Oui ☐ **Non** ☐

Si oui, par quel moyen préférez vous être contacté (téléphone, mail...) ?

Annexe 4 : Guide d'entretien des enfants

Guide d'entretien

V3 (02/07/2018)

Après une présentation du protocole (préparation au préalable avec l'enseignant) et une présentation des 2 chercheurs comme « à l'école des docteurs », les entretiens semi dirigés seront réalisés dans une pièce à part de la classe, dans l'établissement scolaire, sur le temps scolaire, entre l'enfant et l'un des chercheurs, d'une durée de 15 minutes maximum avec un enregistrement vocal de l'entretien. Le chercheur sera assis à côté de l'enfant sur une table à sa hauteur.

Consigne initiale : Raconte-moi ce qui se passe dans ton dessin.

Rebondissement sur des éléments du dessin. Valeur expressive de ce qui est exprimé en termes émotionnels et de ce qui est représenté en termes de correspondance à la réalité visible.

Le chercheur adaptera la formulation de ses questions à la position que prendra l'enfant dans la description du dessin. Si l'enfant décrit le personnage de son dessin comme étant une tierce personne alors le chercheur posera ses questions avec « et l'enfant dans ton dessin... » alors que si l'enfant se projette comme étant lui même l'enfant du dessin, le chercheur lui posera des questions comme telles : « et toi qu'est ce que tu... ». Le chercheur remplacera alors dans son guide d'entretien les 3èmes personnes du singulier par des 2èmes personnes du singulier.

Description précise des éléments du dessin.

Axes thématiques :

Ressenti de la vaccination :

Qu'est ce que ça lui a fait à l'enfant dans ton dessin ? Qu'est ce que ça lui a fait d'autre ?

-Est ce que c'était bien ? Pourquoi ?

-Est ce qu'il a eu peur ? Pourquoi ?

Comment se sentait il avant d'aller chez le médecin ?

Comment se sentait il quand il est rentré à la maison ?

Comment le médecin a fait ?

Est-ce qu'on lui avait dit que ça faisait mal ? Si oui, qui lui avait dit ?

Est ce que l'enfant a eu le vaccin avant de se faire examiner (écouter le coeur, regarder le ventre...) ou après ? Qui l'a décidé ? Toi tu aurais préféré au début (pour être débarrassé) ou à la fin ?

Quand tu es chez le docteur, tu trouves qu'il parle le plus à qui ? Et si il te parle : Qu'est ce qu'il te dit ?

Rapport général à la maladie et au médecin :

Quand tu vas chez le médecin, pourquoi y vas-tu le plus souvent ?

Tu vas le voir où ?

Est-ce que tu apprécies d'y aller ? Pourquoi ?

Est-ce qu'il y a quelque chose que tu n'aimes pas quand tu vas voir le médecin ?

Est-ce que toi tu as déjà été très malade ? Raconte moi.

Est-ce que c'est arrivé à quelqu'un de ta famille ? Raconte moi.

Connaissances de la vaccination :

Et toi, est-ce que tu sais à quoi ça sert un vaccin ? Qu'est ce que c'est ?

Comment le sais-tu ? Qui est ce qui t'a dit ça ? (si l'un des parent n'apparaît pas, exposer sa position ex : et papa il t'a dit quoi ?)

Qu'est ce qu'il t'a expliqué le docteur sur les vaccins ?

Qui est ce qui décide qu'il faut faire ce/un vaccin ?

Est ce que tu as déjà parlé du vaccin à la maison ?

A l'école est ce que tu as entendu parlé des vaccins ? Qu'est ce que tu raconterais à un(e) de tes copain (copine) si il(elle) t'en parlait ?

Est ce que les adultes ont des vaccins ? Comment tu le sais ? Et est-ce qu'ils en avaient quand ils avaient ton âge ?

Tu en penses quoi, toi, des vaccins ?

Conclusion :

Est ce qu'il y a autre chose que tu veux me raconter ?

Merci à toi d'avoir répondu à mes questions et merci pour ton dessin

Annexe 5 : Guide d'entretien des parents

Guide d'entretien des parents

Il sera évidemment rappelé aux parents que cet entretien sera enregistré sur le dictaphone d'un smartphone. De plus, il leur sera notifié que cet entretien entre dans le cadre d'une recherche et qu'il ne représente en aucun cas un outil élaboré dans le but de promouvoir la vaccination. Il leur sera également rappelé que cet entretien ne conditionnera pas la suite de leur prise en charge. Dans le but de maintenir l'anonymat, le parent sera appelé « parent du binôme n°X ».

I] Validation des critères de variations maximales et du critère d'inclusion :

Quel est le sexe de votre enfant ?

Quel âge a-t-il ?

Votre enfant a-t-il reçu le rappel vaccinal DTCaP recommandé à partir de 6 ans ? Si oui, à quel âge ?

→ *En cas de réponse négative, le critère d'inclusion n'est pas respecté, l'entretien sera poursuivi mais l'ensemble des données recueillies auprès de ce couple parents-enfants ne sera pas inclus dans l'étude. Il s'agira d'une erreur de recrutement.*

Quel professionnel de santé a réalisé le suivi de votre enfant et qui réalise son suivi actuellement ?

Combien de fois par an votre enfant consulte-t-il chez le médecin ?

Quelle est la place de votre enfant dans la fratrie familiale ?

Quelle est votre profession ? Ainsi que celle de votre conjoint ?

Quelle est votre date de naissance ?

II] Position face à la vaccination :

Quelles sont les motivations qui vous amènent à faire vacciner votre enfant ?

Vous sentez-vous parfois hésitant au sujet de la vaccination ? Et pourquoi ?

En cas de désaccord avec votre conjoint à ce sujet, comment êtes-vous arrivés à obtenir une décision commune ? Par quels arguments ?

III] Echanges avec l'enfant concernant la vaccination :

Comment est abordé le sujet de la vaccination à la maison avec votre enfant ? Discutez-vous de la vaccination ?

Comment expliqueriez-vous la vaccination à un enfant de 6 à 8 ans ?

Comment avez-vous expliqué à votre enfant le motif de la consultation chez le médecin traitant, au préalable de la consultation du rappel vaccinal DTCaP ?

IV] Déroulement de la consultation lors de la réalisation du dernier rappel DTCaP recommandé à partir de l'âge de 6 ans :

Qui était l'accompagnant lors de cette consultation ?

→ *Si le parent répondant aux questions n'est pas la personne ayant accompagné l'enfant à cette consultation, il leur sera posé les questions en italique ci-dessous afin de faire appel à leur curiosité.*

Comment trouviez-vous votre enfant avant, pendant et après cette consultation ?

Comment pensez-vous que se sentait votre enfant avant, pendant et après cette consultation ?

Comment vous êtes-vous senti après cette consultation ?

Comment vous seriez vous senti, d'après vous, après cette consultation ?

Avec quels mots avez-vous échangé au décours de la consultation au sujet de la vaccination ?

V] Souvenirs de leur propre vaccination :

Quels souvenirs avez-vous de votre vaccination dans l'enfance ?

Vous souvenez-vous avoir reçu une information préalable à ce sujet ? Si oui, par qui et par quel(s) moyen(s) ?

Que pensez-vous de réaliser la vaccination en milieu scolaire ?

Qu'avez-vous compris de l'obligation vaccinale en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018 ? Qu'en pensez-vous ?

Annexe 6 : Critères d'analyse standardisée des dessins libres

- **la valeur expressive** du dessin dépendant de l'acte graphique. L'inscription sur une surface plane de traces graphiques témoigne, à un niveau presque physiologique, du tempérament de l'enfant, de ses réactions tonico-émotionnelles, au moins à l'instant où il accomplit le dessin. Le dessin enregistre donc l'état émotionnel et on note, par exemple, le trait rageur et agressif qui peut, à la limite entraîner une déchirure du papier, ou le trait hésitant à peine accusé. La quantité d'espace utilisé a une valeur expressive.

On peut analyser la tendance à dépasser le cadre donné qui serait un manque de contrôle, un signe d'imaturité ou une attitude d'opposition et de révolte à l'égard de l'autorité et des règles. De même, le remplissage systématique de toute la feuille est également souvent un signe d'imaturité. La couleur a également une valeur expressive. Chaque couleur possède des effets propres et leurs combinaisons également. Les couleurs froides, les bleus en particulier, ont tendance à se concentrer en elles-mêmes et à fuir devant notre regard, tandis que les rouges irradient, diffusent et tendent à s'avancer vers nous. Il y a des couleurs qui s'opposent, d'autres qui se complètent. Certaines combinaisons donnent une impression d'harmonie, de cohérence ; d'autres, au contraire, provoquent un effet de heurté. Dans l'ensemble, les couleurs chaudes sont l'apanage des enfants ouverts, bien adaptés au groupe ; les couleurs neutres caractérisent les enfants renfermés, indépendants et le plus souvent les agressifs. Le rouge, couleur préférée des jeunes enfants, chez l'adolescent ou l'adulte exprimerait des mouvements d'hostilité et des dispositions agressives. Le noir exprimerait l'inhibition, la peur, l'anxiété et s'allierait davantage à un comportement dépressif ;

- **la valeur narrative**, révélant l'aspect imaginaire. Le thème du dessin est en rapport avec certains modèles déterminés qui ont inclinés l'enfant à faire ce dessin et non un autre. Souvent, c'est la situation qui détermine le choix de l'objet. Un voyage au bord de la mer, une séance au cirque, la période de Noël etc. vont être déclencheurs de thématiques du dessin. La valeur narrative du dessin, outre des références à l'actualité, a surtout une signification symbolique. Elle nous montre la manière dont l'enfant, à travers les choses, vit les significations symboliques qu'il leur prête. C'est l'ensemble de son monde imaginaire qui se reflète dans son dessin. Ce qu'il ne peut nous dire de ses rêveries, de ses émois dans les situations concrètes, il nous l'indique par ses dessins. On l'observe d'autant mieux si on ne se contente pas d'étudier un dessin isolé, mais si on procède à une analyse comparative d'une série de dessins du même enfant en recherchant les thèmes communs. On attachera également une grande importance à ses commentaires ;

- **la valeur projective**, reflet du mode d'approche de soi-même et de la réalité extérieure. Dans chaque détail, le dessin porte la marque de la vie émotionnelle de l'enfant. Si nous considérons le dessin dans son ensemble, nous pouvons dire qu'il reflète une vue d'ensemble de la personnalité. Il ne s'agit plus ici d'analyser les détails accumulés, mais d'appréhender les l'effet global provoqué par le dessin, c'est-à-dire son style. Il ne s'agit plus non plus de faire état de telle ou telle note de la vie affective, mais de considérer la personnalité comme une totalité ;

- **la valeur associative**, reflet des processus psychiques de nature inconsciente.

Les critères d'interprétation du dessin libre sont les suivants :

1. *L'ordonnance* et la mise en page du dessin : les plans, les axes du dessin, les rapports de masse.

2. *Les marges* (sens de la réalité, harmonie du monde ambiant) témoignent du cadre dans lequel s'inscrit l'enfant.

3. *Les bases*, tracées ou fictives, montrent l'appui sur le réel et la direction que l'enfant prend.

4. *La dimension* (assurance ou conscience de soi) se retrouve dans la dimension et les proportions du dessin : le sujet ose-t-il s'exprimer ?

5. *Les zones de l'écriture de soi* : la situation affective du sujet par rapport aux objets et aux personnes, l'orientation de ses intérêts, les exigences de sa vitalité.

6. *La forme* des éléments dessinés témoigne de l'originalité de l'enfant et de sa possibilité de création (son rythme de forme).

7. *La continuité, la liaison, les espacements* correspondent à la répartition des éléments ou des personnages du dessin.

Les éléments du dessin peuvent être des personnages humains (noter leur présence ou leur absence), des animaux (pouvant exprimer des instincts agressifs), le monde végétal (passif, contemplatif mais épanouissant) pour observer le type de participation à la vie autour de l'enfant.

Ces éléments peuvent être liés, proches les uns des autres, ils peuvent se fondre et / ou s'imbriquer : c'est alors le fait du *sensoriel* appelé par Minkowska le *type épileptoïdique*. Ou bien ces éléments seront séparés, distincts, clos, autonomes, dans un monde statique, bien rangés, sans trace de vie d'aucune sorte : ce sera alors le fait du *rationnel* appelé le *type Schizoïde*.

8. Le *dynamisme* du dessin correspond à la vitesse de l'écriture, et donne l'impression générale de vie du dessin.

9. Le *rythme des blancs et des noirs, la pression ou la couleur et les reliefs*. Les couleurs peuvent être dites masculines ou féminines, agressives ou passives, effacées ou violentes, anxieuses ou enthousiastes, tristes ou lumineuses... De plus, chacune d'elle a son rythme propre.

SIGNATURES

Pr SENAND Rémy

Vu, les Présidents du Jury,

Pr CONNAN Laurent

Pr de CASABIANCA Catherine

Vu, les Directrices de Thèse,

Pr VINAY Aubeline

Vu, le Doyen de la Faculté,

« Qu'ont à dire les enfants de 7-8 ans et leurs parents sur la vaccination ? »

Etude qualitative utilisant le dessin à propos du rappel DTCaP.

RÉSUMÉ

Introduction : La vaccination est sujette à discussion en France. Les réticences et le défaut de couverture ont amené à un élargissement de l'obligation vaccinale au 1^{er} Janvier 2018. Dès 6 ans, lors du rappel DTCaP, l'environnement familial, le milieu scolaire et le cabinet de médecine générale sont des lieux où l'enfant adresse ses interrogations. Il est alors récepteur de la commande vaccinale. À cet âge, grâce au dessin, outil de l'examen clinique, l'enfant livre une projection de lui-même et invite à la discussion avec ses parents.

Méthodes : Étude qualitative, menée en 2018 à Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), à partir d'un échantillon d'enfants scolarisés en CE1, âgés de 7-8 ans, ayant reçu le rappel vaccinal DTCaP des 6 ans. Des dessins ont été réalisés par les enfants, analysés de manière standardisée. Ils ont ensuite été interrogés, tout comme leurs parents lors d'entretiens semi-dirigés indépendants, analysés de manière thématique. L'ensemble des données a été triangulé puis croisé au sein de chaque « groupe famille ».

Résultats : 13 enfants et 15 de leurs parents ont participé. L'enfant a présenté le vaccin comme anxiogène car assimilé à une piqûre douloureuse, créant des confusions par rapport à d'autres actes de soins. Les parents sont seuls informateurs de l'objectif vaccinal, utilisant leurs propres souvenirs d'enfant et intégrant une projection collective. L'obligation a majoré un clivage pré-existant, renforçant la frustration de certains et la confiance des autres. Malgré une critique du manque d'information, les familles ont gardé confiance en leur médecin. L'école a été évoquée comme possible lieu vaccinal, aussi bien dans l'éducation que dans la réalisation.

Discussion : Il semble nécessaire de ne plus centrer le vaccin comme simple vecteur douloureux et de valoriser une consultation d'échange, de présentation de son objectif et d'exploration du ressenti de l'enfant et du vécu vaccinal familial avant le rappel des 6 ans. L'école pourrait être assistée par les étudiants en santé pour améliorer l'éducation au vaccin. En redevenant lieu de vaccination, elle serait effectrice institutionnelle d'une obligation. La bonne tolérance vaccinale de l'enfant d'aujourd'hui semble être une piste pour améliorer l'acceptation vaccinale de demain.

Mots-clés : enfant, dessin, vaccination, DTCaP, école, échanges, parent, médecin généraliste, obligation vaccinale.

What do 7 to 8 years old children and their parents have to say about vaccination ?

Qualitative study using drawing about DTaP/IPV booster vaccination.

ABSTRACT

Introduction : Vaccination is a topic of public debate in France. The reluctance and the lack of coverage led to an extension of the requirement to vaccinate on January 1st, 2018. From the age of 6, during the DTaP/IPV booster vaccination, the family, the school and the general practitioner's offices are places where the child raises his questions and concerns. They are the receivers of the vaccine requirement. At this age, through drawing used in the clinical examination process, the child gives an image of himself and brings his parents into the discussion.

Methods : The qualitative study was carried out in 2018 at Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire), on a sample of 7 to 8 years old primary school children who received the DTaP/IPV booster at the age of 6. The drawings were made by the children and analyzed in a standardized way. The children and their parents were interviewed in independent semi-structured meetings, which have been analyzed thematically. All the collected data were triangulated and cross-tabulated within each "family group".

Results : 13 children and 15 of their parents took part in the study. The vaccine was described by the child as a source of anxiety, associated with a painful sting and creating confusion with other medical cares. Only the parents were aware of the purpose of vaccination, from their own childhood memories, incorporating a collective vision. The vaccination requirement reinforced an existing divide, creating more frustration on one side and strengthening confidence on the other. Although the families criticized the lack of information, they kept trusting their doctor. School was mentioned as a possible place for vaccination, for implementation as well as education.

Discussion : It seems necessary to stop portraying vaccination as a simple painful vector and to promote an informative consultation, presenting its purpose and exploring the child's feelings and the family vaccination history, before administering the booster at the age of 6. With the help of medical students, school could improve the vaccine education. By becoming the place of vaccination once again, it would become the applicative institution of the obligation. The good tolerance to vaccination by today's children could serve to improve tomorrow's acceptance.

Keywords : child, drawing, vaccination, DTaP/IPV booster, school, exchanges, parent, general practitioner, obligation to vaccinate

