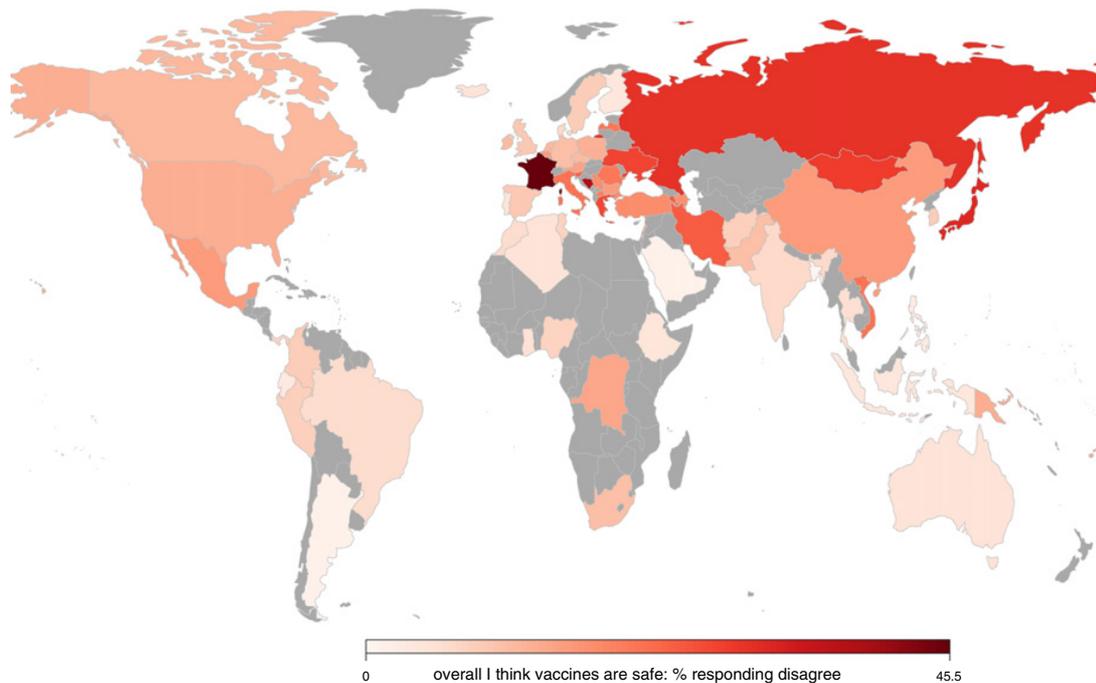


L'hésitation vaccinale, ou les impatiences de la santé mondiale

par Gaëtan Thomas & Anne-Marie Moulin

À lire les sondages, la France se distingue par un haut niveau de défiance vaccinale. Mais, dans la pratique, les taux de couverture restent élevés, et la campagne de vaccination contre le Covid s'accélère. L'hésitation n'est pas toujours synonyme de refus ou de résistance.

2016. La France championne de la défiance vaccinale. Sur une carte du monde en dégradés de rouge, le petit hexagone au centre est peint en bordeaux : il est devenu le mouton noir de la vaccination, c'est du moins ce que présente l'anthropologue Heidi Larson depuis la London School of Hygiene and Tropical Medicine, au terme d'une enquête menée dans soixante-sept pays, qui fait caracoler la France en tête du palmarès. Chaque personne interrogée dans le cadre de l'enquête avait dû se prononcer sur quatre affirmations relatives à l'importance des vaccinations de l'enfance, à l'efficacité des vaccins, à leur compatibilité avec des croyances religieuses et à leur innocuité. C'est sur ce dernier item que les Français s'illustraient par un très haut niveau de défiance. Si le cas des Français est grave, le problème n'en est pas moins mondial : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'hésitation vaccinale « ennemie de l'année » en 2019.



Heidi Larson et al., « *The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey* », *EBioMedicine*, n°12, 2016, p. 295-301, carte p. 298.

Les sondages du Vaccine Confidence Project, le groupe de recherche d’Heidi Larson, sont devenus un point de départ obligé des discours sur la vaccination en France. Ils symbolisent une nouvelle ère dans l’histoire de la santé publique, où la France, « pays de Pasteur », surprend et inquiète d’autant plus. Leurs résultats sont confortés par des enquêtes nationales, aux conclusions toutefois plus nuancées. Par exemple, le « Baromètre santé », créé en France au début des années 1990, enregistre la croissance d’un courant réfractaire à partir de l’épisode de la vaccination contre le H1N1 en 2009. L’échec mondial de la campagne cette année-là a beaucoup alarmé les responsables sanitaires. Des chercheurs déposent des projets pour préciser la problématique et lui donnent un relief accru. Ils rencontrent l’oreille attentive des autorités. Ce n’est donc pas une surprise si, au printemps dernier, dans l’effervescence des premiers mois de l’épidémie de Covid-19, paraissent les premiers chiffres sur le futur vaccin tant attendu : environ un quart des Français n’y auraient pas recours¹. Un sondage du Vaccine Confidence Project, réalisé entre octobre et décembre 2020, à un moment où les vaccins ne sont toujours pas disponibles en dehors d’une poignée de pays, dresse un tableau encore plus sombre. Avec seulement 44 % d’enquêtés déclarant vouloir se faire vacciner, la France se retrouve, encore une fois, dans la ligne de mire².

¹ Jeremy Ward, Caroline Alleaume, Patrick Peretti-Watel, “The French public’s attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue”, *Social Science & Medicine*, n° 265, 2020, 113414.

² Olivier Wouters et al., « Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment », *The Lancet*, vol. 397, n° 10278, 2021, p. 1023-1034.

De la résistance à l'hésitation vaccinale

La production de ces sondages s'accompagne d'une reconceptualisation des refus de la vaccination, un phénomène ancien dont les ressorts évoluent et nécessitent, sans aucun doute, de nouveaux types d'analyse. Au début des années 2010, la notion turbulente de résistance, couramment utilisée par les historiens, et celle d'acceptabilité, plus en phase avec un idéal d'objectivation sociologique, ont été remplacées par un vocable qui a fait d'emblée fortune : l'hésitation ou *hesitancy*. Le terme est rapidement repris à son compte par l'OMS qui propose de le clarifier : « L'hésitation vaccinale désigne un retard dans l'acceptation ou un refus des vaccins malgré la disponibilité des services vaccinaux³. » Cette notion ne renvoie pas au refus ferme, militant et organisé, finalement rare, mais recouvre le spectre plus large des personnes qui n'adhèrent pas à la vaccination sans se poser et sans poser de questions. Chemin faisant, l'*hesitancy* élargit considérablement la population qui inquiète les autorités de santé publique. Elle signe aussi, en apparence du moins, un abandon du moralisme qui saturait les débats sur le sujet. Les expressions désignant les personnes renâclant à la vaccination ont été nettement dépréciatives par le passé. Heidi Larson invitait récemment à renoncer à l'expression d'« antivax », selon elle trop agressive, pour lui préférer une approche plus compréhensive du rapport des citoyens à la science⁴. Dans *Stuck*, son livre qui couronne une décennie de recherches sur le sujet, elle revient sur l'histoire d'un jeune homme que ses parents n'ont pas fait vacciner. Dans les conférences mondiales où on l'invite, le garçon présente cette abstention comme un geste d'amour maternel, que lui-même désapprouve mais qu'il encourage à comprendre avec empathie. Plus aimable que la terminologie habituelle, la notion d'hésitation vaccinale est néanmoins susceptible de recevoir des interprétations autres que celles du grain de sable qui bloque la machine à vacciner. Car elle peut aussi signifier le maintien de la réserve critique qui dénote le bon citoyen et sa capacité à faire marcher la démocratie sanitaire.

Avec cette terminologie bientôt adoptée dans les milieux onusiens, on se situe à l'évidence dans le domaine de la « Global Health ». Ce régime de la santé mondiale, constitué dans les années 1990, se caractérise par une alliance d'agences internationales et de fondations privées dotées de grands moyens, au premier rang desquelles se trouve la Fondation Gates. L'évaluation étant leur valeur cardinale, les acteurs fonctionnent à coup de statistiques, avec une priorité donnée aux analyses en termes de coût-bénéfice. L'hésitation vaccinale semble marquer une nouvelle étape métrologique de la Global Health avec ses classements internationaux portant sur les perceptions et les intentions en matière de vaccination. Les sondages d'opinion confirment une transformation du rapport au pouvoir médical sur laquelle s'accordent les observateurs occidentaux depuis une trentaine d'années. Ils répondent aussi aux inquiétudes sur l'ébranlement de l'autorité scientifique par les réseaux sociaux. C'est un rapprochement très souvent fait, et pas seulement dans les textes de Larson : « À quoi attribuez-vous l'augmentation

³ Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy, 2014, p. 7

⁴ Jenny Anderson, "She Hunts Viral Rumors About Real Viruses", *The New York Times*, 13 octobre 2020.

de l'hésitation vaccinale » demandait un journaliste à Melinda Gates qui répondit : « Je pense, pour être tout à fait honnête, à l'arrivée des réseaux sociaux⁵. »

Mais en braquant l'attention sur ce qui n'est au départ qu'un sentiment exprimé par les individus interrogés, ces sondages donnent au phénomène de l'hésitation de l'ampleur et un caractère d'urgence, alors que, pour l'essentiel, le bilan des vaccinations hors Covid-19 demeure très positif en France. Pour preuve, Santé Publique France a publié à l'automne 2020 les derniers résultats de couverture pour les vaccinations de l'enfant, portant sur la période antérieure à l'extension des obligations, instaurée en janvier 2018. Avant ces changements législatifs, les taux dépassaient déjà l'objectif de 95 % pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae* de type B. Ils étaient supérieurs à 90 % pour l'hépatite et le pneumocoque. À 90,5 %, la première dose de rougeole-oreillons-rubéole était en dessous du seuil souhaité, mais les projections portant sur les enfants nés au premier semestre 2018, donc après l'extension de l'obligation, indiquaient une remontée à 93,7 %, presque le taux idéal.

Couverture vaccinale BCG, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hib, pneumocoque, hépatite B, ROR et méningocoque C à l'âge de 24 mois, France, 1998-2017 (source : Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois, Echantillon général public France) (%)																	
Année de collecte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Année de naissance	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BCG	81,1	82,6	83,1	83,9	84,5	84,2	85,1	81,2	83,3	78,2	44	-	-	-	-	-	-
Diphtérie, tétanos primovaccination*	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,5	98,5	98,8	98,8	98,5	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4
Poliomyélite primovaccination*	97,2	97,6	98	98	97,4	96,2	98,5	98,4	98,7	98,6	98,3	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4
Diphtérie, tétanos, poliomyélite rappel**	87,6	87,7	88	87,9	88,4	89,3	89,3	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7	91,1	-
Coqueluche primovaccination*	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	98,2	98,2	98,5	98,4	97,9	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3	98
Coqueluche rappel**	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	88,9	89	90,3	91	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9	90,3	-
Haemophilus influenzae b primovaccination*	79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6	96,6	96,6	97,1	96,7	96,6	97,3	97,3	97,6	97,5	97,5	97,3
Haemophilus influenzae b rappel**	-	-	-	-	-	-	87,2	87,5	88,7	88,9	89,3	89,9	89,2	88,6	89	88,4	-
Pneumocoque conjugué 3 doses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88,6	88,8	88,8	89,2	89,3
Hépatite B 3 doses	27,5	23,9	26	28	29,2	27,6	34,5	35,1	39,3	41,9	47	51,0	64,6	74,2	78,1	81,5	83,1
ROR 1 dose	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,5	87,2	89,4	90,1	89,1	-	89,2	89,4	90,5	90,3	90,6
ROR 2 doses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60,9	67,3	72	74,5	76,8
Méningocoque C***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	54,1	56,4	64

* Jusqu'en 2014, la primovaccination correspond à 3 doses de vaccin et le rappel à 4 doses.

** A partir de 2015, la primovaccination correspond à 2 doses de vaccins et le rappel à 3 doses. En 2014, les données pour le rappel ne sont pas présentées en raison de la transition entre les deux calendriers vaccinaux.

*** Couverture vaccinale estimée à partir des données de l'EGB jusqu'en 2014 et à partir du DCIR ensuite

Couverture vaccinale estimée à partir des données de l'EGB jusqu'en 2014 et à partir du DCIR ensuite

Synthèse des couvertures vaccinales de l'enfance depuis 1998 établie par Santé Publique France

L'écart entre déclarations et comportements

La crise des perceptions de la vaccination ne se dégage donc pas avec évidence de la compilation sur vingt ans des couvertures vaccinales de l'enfance. Les taux des dernières années ne se sont pas non plus effondrés par rapport aux estimations imparfaites des années 1980. Bien sûr, des inégalités régionales peuvent créer des terrains propices à une épidémie de rougeole. Par ailleurs, ces taux ne concernant que les vaccinations de l'enfance ne représentent

⁵ David Gelles, "Why Melinda Gates Spends Time 'Letting My Heart Break'", *The New York Times*, 4 décembre 2020.

évidemment qu'une fraction de la population générale amenée à se faire vacciner contre le Covid-19. Il n'en reste pas moins que l'image catastrophique donnée par une décennie de sondages ne correspond pas à la réalité de la couverture vaccinale telle que mesurée par une agence de l'État, qui place la France dans la moyenne des pays de l'OCDE. On doit donc, lorsqu'on évoque ces sondages d'opinion, souligner immédiatement l'écart entre les déclarations des individus et leurs comportements.

Si l'on peut débattre de l'ampleur des effets sanitaires de cette hésitation, le problème politique quant à lui saute aux yeux, puisque la répétition des sondages transforme en destin – l'exception française⁶, encore ! – une situation par nature volatile – qu'est-ce qu'un sondage d'opinion, sinon un instantané ? Et de là à considérer que les taux d'hésitants sont la mesure de toute chose, il n'y a qu'un pas. Heidi Larson ne prédisait-elle pas en 2018, dans la revue *Nature*, « que la prochaine grande épidémie – qu'il s'agisse d'une souche de grippe très létale ou de quelque chose d'autre – ne sera pas due à un manque de technologies de prévention. La contagion des émotions, plutôt, permise par les technologies digitales, pourrait éroder la confiance dans les vaccins au point de les rendre inopérants⁷. » Ce genre de déclarations, égrenées à travers les pages de *Stuck*, commence à être démenti par des travaux de sciences sociales qui soulignent la taille réduite de l'audience atteinte par les acteurs de la désinformation, en particulier lorsqu'on la compare à l'audience touchée par les sources sûres de santé publique⁸. Mais le diagnostic a pris son essor politique, il s'est transformé en lieu commun et donne au passage l'occasion aux spécialistes de santé publique de se lamenter sur cette discipline sous-financée, sous-valorisée, dépourvue d'argent, de prestige et de desservants, qu'on ne cesse d'oublier⁹. Il s'agit aussi de rétablir à cette occasion les valeurs de la science et de la médecine, voire le respect de la hiérarchie et de l'ordre.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les premières grandes critiques de la notion d'hésitation vaccinale se soient formulées sur un plan politique, et non sur des questions de méthode. À l'hiver 2020-21, plusieurs articles ont reproché à cette hésitation vaccinale tant ressassée de servir d'excuse au lancement laborieux de la vaccination contre le Covid-19 en décembre 2020. Et même de ralentir l'organisation de la campagne, en imposant des procédures jugées trop précautionneuses. En France et ailleurs, des auteurs expliquent qu'il y a désormais moins un obstacle de perception que d'accès¹⁰. C'est là toute l'ironie d'un appareil statistique

⁶ Anne Marie Moulin, « Les particularités françaises de l'histoire de la vaccination. La fin d'une exception ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, n° 54, 2006, p. 81-88.

⁷ Heidi Larson, « The biggest pandemic risk? Viral misinformation », *Nature*, vol. 562, 2018, p. 309.

⁸ David A. Broniatowski et al, « Twitter and Facebook posts about COVID-19 are less likely to spread false and low-credibility content compared to other health topics », preprint, mars 2021.

⁹ Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996 ; Laurie Garrett, *Betrayal of Trust, The Collapse of Public Health*, Oxford, Oxford University Press, 2001 ; François Grémy, *On a encore oublié la santé*, Paris, Frison Roche, 2004.

¹⁰ Voir par exemple : Rhea Boyd, « Black People Need Better Vaccine Access, Not Better Vaccine Attitudes », *The New York Times*, 5 mars 2021. Sur les limites de la notion d'hésitation vaccinale dans des contextes africains, voir Oumy Thiongane « En Afrique, la notion d'hésitation vaccinale est un modèle voyageur », *The conversation*, 22 avril 2021.

mesurant l'hésitation dans un contexte d'abondance de l'offre, qui détermine le débat public au moment précisément où celle-ci s'avère insuffisante, voire inexistante.

Pour expliquer l'importance aujourd'hui donnée à ces sondages, il nous semble nécessaire d'esquisser une histoire qui ne se contente pas de présenter un basculement de la population dans une nouvelle ère de défiance. Car les sondages répondent à une demande de l'État et des organisations internationales, qui reflète l'inquiétude des responsables sanitaires devant les menaces qui pèseraient sur la raison scientifique. Le poids pris par ces études est inséparable de la transformation du pouvoir médical et de la disparition d'un mandarinat historiquement puissant en France, qui ne doutait guère de son autorité sur le public. Par ailleurs, l'interprétation des sondages fait appel à la mesure des taux effectifs de vaccination. Or l'histoire récente de la statistique vaccinale fait ressortir une transformation dans le rapport des experts, et finalement du public, avec les taux mesurés, d'une part, et les taux idéaux de couverture vaccinale d'autre part, c'est-à-dire de conventions épidémiologiques et politiques qui fluctuent au cours du temps. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle la montée en précision des taux d'immunisation et la fixation d'objectifs plus ambitieux ont déclenché une impatience devant les délais parfois très longs, pourtant banaux dans l'histoire moderne, de l'adoption des innovations vaccinales.

Histoire d'une préoccupation

Avant de faire l'objet d'une statistique représentant la contribution des sciences sociales à la santé publique, la perception de la vaccination a été depuis longtemps une préoccupation des médecins. Ces derniers ont cherché à anticiper les réactions des individus, à tenir compte de potentiels refus dès les premières étapes de conception et d'amélioration des vaccins. Le verbe accepter apparaît, par exemple, sous la plume de Gaston Ramon, un pastorien à l'origine de l'utilisation de l'anatoxine tétanique et antidiphtérique à partir de 1925. Avec ses homologues, il s'inquiète, dans les années 1950, de la lourdeur liée au nombre des injections requises pour l'ensemble des vaccins disponibles. La diphtérie, le tétanos et la typhoïde comportaient alors neuf injections, sans compter les rappels. Un tel programme apparaissait, remarque Ramon dans plusieurs textes, « sinon impossible à exécuter, du moins difficile à *faire accepter par le public*¹¹. » Deux technologies sont développées au tournant des années 1960 pour réguler ce trop-plein : les vaccins combinés – rassemblant plusieurs valences dans une même injection – et les calendriers vaccinaux – des tableaux organisant les injections au cours des premiers mois de la vie. En agrégeant les injections, on réduisait les désagréments, tout en augmentant le nombre

¹¹ Gaston Ramon, « Les vaccinations associées au moyen des 'vaccins combinés'. Bases. Essor. Résultats », *Revue d'immunologie*, vol. 13, n° 1-2, 1949, p. 41-65, citation p. 41.

de vaccins administrés. Améliorer l'acceptabilité consistait à rendre un dispositif en pleine extension le moins visible possible dans une atmosphère de tacite acceptation¹².

Au milieu des années 1950, l'arrivée des vaccins contre la poliomyélite aux États-Unis amène à s'enquérir d'une traduction statistique de l'acceptabilité. Certes, jusque-là, l'attente anxieuse des parents et des pouvoirs publics ne justifiait pas de procéder à des sondages d'opinion. Le virologue Frederick Robbins, prix Nobel pour ses cultures de virus, raconte dans ses Mémoires comment les scientifiques hésitaient à lancer les essais cliniques de masse, tant il leur semblait que tous les essais préliminaires n'avaient pas été menés jusqu'au bout, et comment, autour de la table, leurs hésitations avaient été balayées d'un revers de main par le politique impatient de répondre à l'attente des administrés¹³.

Mais l'accident de la firme californienne Cutter, le célèbre « *Cutter incident* », qui survient en 1955, bouleverse la population. L'évènement révèle la précipitation avec laquelle la production en masse avait été lancée et confiée à plusieurs petits producteurs. Il semble en fait, rétrospectivement, que tous les concurrents montraient de graves défauts dans leur protocole d'inactivation, mais que Cutter, pour son malheur et celui des enfants vaccinés, les cumulait tous : d'où la centaine de décès qui marqua l'année 1955¹⁴. L'année suivante, la National Foundation for Infantile Paralysis, qui avait financé le développement du vaccin, fait appel à des experts de l'opinion pour améliorer le déroulement de ses campagnes. Elle embauche des membres de l'American Institute for Public Opinion de George Gallup et de Columbia University, qui mettent sur pied des sondages. Les données rassemblées, les premières de ce genre à notre connaissance, vont alimenter la production d'articles scientifiques pendant une décennie. Ils mettent en évidence l'importance de l'appartenance à une classe sociale dans la perception des vaccins.

En France, des sondages d'« acceptation » apparaissent au début des années 1960. Ils sont effectués par une équipe du Centre international de l'enfance (CIE, 1949-1999). L'institution, créée par Robert Debré au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, ambitionne à l'origine d'exporter la pédiatrie française en Afrique. Le CIE devient en même temps le centre de référence pour l'épidémiologie des vaccins en métropole, cherchant à rattraper le retard national en matière d'évaluation statistique, tant brocardé par les Britanniques dans l'entre-deux-guerres. Or, l'efficacité du vaccin contre la tuberculose, le BCG, reste contestée par des scientifiques étrangers – le souvenir de la catastrophe de Lübeck plane, qui a durablement partagé le monde en deux : le BCG a rencontré une fin de non-recevoir définitive aux États-Unis. Les Français eux-mêmes ne se sont pas précipités, malgré une obligation légale votée en 1950 s'appliquant à tous les enfants. Le CIE se charge donc, au début des années 1960, de mener une série d'enquêtes sur la perception de la vaccination en général – reconnue

¹² Gaëtan Thomas, "Keeping Vaccination Simple: Building French Immunization Schedules", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 94, n° 3, 2020, p. 423-458.

¹³ Thomas M. Daniel et Frederick C. Robbins (dir.), *Polio*, Rochester, University of Rochester Press, 1997.

¹⁴ Paul Offit, *The Cutter Incident. How America's First Polio Vaccine Led to the Growing Vaccine Crisis*, New Haven, Yale University Press, 2005.

excellente - et du BCG en particulier – moins bonne¹⁵. L'enquêtrice mêle les genres, elle se félicite d'avoir convaincu les parents d'avoir fait vacciner leurs enfants, tout en se pliant aux exigences statistiques de randomisation des enquêtés. S'affirme l'idée, toujours présente aujourd'hui mais critiquée, qu'« une bonne connaissance » de la vaccination augmente les chances de l'accepter.

Aucun travail ne fait véritablement date sur la perception de la vaccination, tous vaccins confondus, jusqu'au rapport de la sociologue du CNRS Claudine Marenco. Son mémoire imprimé en 1980, longtemps connu seulement de bouche à oreille, sera prolongé par une enquête commanditée par le CIE et publiée en 1986¹⁶. Les textes de Claudine Marenco ne citent pas les travaux américains sur l'accueil du vaccin antipolio. Marenco n'essaie pas de se revendiquer de la sociologie de la santé. Pourtant, ses analyses sur le caractère longtemps « inquestionnable de l'institution » de la vaccination, « une affaire de règle et de foi », ont marqué sa génération. Dans l'enquête réalisée pour le CIE, qui repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de quatre catégories d'individus en Île-de-France (mères de familles, médecins, pharmaciens et directeurs d'école), Marenco confirme l'image très positive de la vaccination. Elle remarque toutefois que les mères interrogées sont moins enclines qu'elles ne l'étaient, cinq ans plus tôt, à suivre l'avis de leur médecin. S'amorce un effritement de l'autorité médicale, dont les praticiens, explique-t-elle, paraissent ne pas avoir conscience.

La menace des anti-vaccins

L'activité des anti-vaccins n'est alors pas jugée suffisamment significative pour justifier de s'y attarder. Pourtant, au tournant des années 1980, les responsables sanitaires manquent rarement, quand ils s'adressent à l'opinion publique, de dramatiser la menace représentée par les militants. L'hyperbole est leur figure de prédilection, manifeste dans le recours au pluriel menaçant et nébuleux « des ligues anti-vaccinales ». Expression pour le moins éloignée de la réalité : jusqu'à la crise de la vaccination contre l'hépatite B au milieu des années 1990, on ne recense en France qu'un seul groupe organisé possédant une visibilité, la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, fondée en 1954. Fernand Delarue, son président, dénonce lui-même le procédé d'exagération lors d'une conférence de presse en 1977 : « Remarquons une fois de plus qu'il n'existe qu'une seule ligue s'occupant du problème des vaccinations, la nôtre¹⁷. » L'hyperbole s'accompagne d'une ignorance de la part de l'État et des savants, puisque la

¹⁵ Colette Fillastre, Evelyne Orssaud et Suzanne Partouche-George, « Enquêtes d'opinion pour un essai d'évaluation des raisons de l'insuffisance de la vaccination antituberculeuse en France », *Revue de Tuberculose et de pneumologie*, vol. 30, n° 11, 1966, p. 1149-1160.

¹⁶ Claudine Marenco et Sélimir Govedarica, *La vaccination des enfants en France, 1880-1980*, DGRST-CNRS, 1980 ; Colette Fillastre (dir.), *L'acceptabilité des vaccinations de l'enfant*, Paris, Centre International de l'enfance, 1986.

¹⁷ Fernand Delarue, « Accidents post-vaccinaux. Conférence de presse - 24 janvier 1977 », *Santé, liberté et vaccinations*, 1977, n° 53, p. 1-5. Citation p. 1.

littérature de sciences sociales sur la Ligue est quasi inexistante et les archives, celles du ministère de la santé ou d'institutions consacrées à la vaccination, contiennent au mieux quelques numéros du journal de l'association.

En dehors des travaux de Claudine Marengo, plusieurs sondages et enquêtes, dont certains réalisés par l'Institut français d'opinion publique, sont menés au milieu des années 1980. Cet intérêt soudain porté à l'opinion s'inscrit dans un contexte de recours croissant aux sondages, y compris sur les questions de santé. Il reflète aussi un changement de doctrine s'agissant de l'obligation légale, jugée désormais contre-productive par les autorités sanitaires. S'il n'existe pas de projet de défaire les lois existantes – à l'exception, bien sûr, de la loi de 1902, dont le volet consacré à la variole est rendu inutile par l'éradication de la maladie – les autorités françaises confirment que les nouveaux vaccins échapperont à l'obligation, au motif que la contrainte légale affaiblirait leur acceptabilité. L'acceptabilité se transforme alors en argument contre l'obligation. En outre, à partir du moment où les individus obtiennent le droit, implicite dans la notion de recommandation, de ne pas recourir à certains vaccins, il paraît important d'enquêter sur ce qui se passe dans leur tête. Cet argument d'une contrainte légale qui serait nuisible à l'acceptabilité et à l'acceptation a prévalu près de trente ans, puisqu'aucune obligation vaccinale visant la population générale n'a été votée jusqu'en 2018.

Au début des années 1980, les discussions sur la mesure de l'acceptabilité font toucher du doigt l'absence de données fiables sur la couverture vaccinale. Le CIE recourt alors à un mode de calcul utilisé par l'OMS, qu'il entreprend de diffuser en France. Les « sondages par grappes » ont été conçus pour des pays du Sud dépourvus de bureaucratie sanitaire. Ils permettent en effet de produire rapidement des données à partir de petites enquêtes dont la robustesse statistique est mise en doute. L'enquêteur doit aller de maison en maison dans le même quartier, jusqu'à atteindre le nombre désiré d'enfants. Le tirage au sort, qui inspire toute la méthodologie statistique pour constituer les échantillons, est ici contredit par le choix de la proximité géographique, commode sur le terrain. En 1981, le CIE estime la couverture vaccinale en Ille-et-Vilaine, un département parmi d'autres choisi sans justification, à 91% pour le BCG, 74 % pour les rappels de diphtérie-tétanos et de poliomyélite, et 14% pour la rougeole¹⁸. Ses fonctions de centre national de référence l'obligent en théorie à produire des données nationales, mais l'institution, tournée vers les pays du Sud et les essais cliniques, ne dispose pas pour cela de l'infrastructure nécessaire – ni le ministère de la santé, d'ailleurs. Dans les années 1990, au moment de la création de nouvelles bureaucraties sanitaires, les grands chiffres sur la vaccination manquent encore en France. Des taux sont bricolés à partir des chiffres de vente des industriels ou d'enquêtes ponctuelles. On discute, remarque une responsable du CIE, d'« une couverture dont on n'avait pas idée et dont chacun disait "je pense ça" ».

Mais l'OMS pousse à améliorer les mesures pour atteindre des objectifs plus ambitieux. Dans le cadre du Programme Élargi des Vaccinations lancé en 1974, portant sur six vaccinations

¹⁸ « La couverture vaccinale en France : les enquêtes par sondage selon le modèle de l'OMS », Archives de l'OMS, I8/180/2EU.

pédiatriques, l'agence onusienne fixe des taux idéaux à atteindre. Dans les pays du Sud, la vaccination universelle se définit par un taux de 80 % d'enfants vaccinés contre chaque maladie – une convention discutable d'un point de vue épidémiologique, qui permettra néanmoins de déclarer victoire au tournant des années 1990. Mais le bureau européen de l'OMS propose à ses membres des taux idéaux plus précis et plus ambitieux. En 1984, une conférence organisée à Karlovy Vary, en Tchécoslovaquie, demande aux pays européens de s'engager à vacciner 95 % des enfants de moins de deux ans contre la rougeole d'ici 1990, très loin des taux approximatifs français. La France approuve ces objectifs qui se transforment en étalon de l'action publique et s'imposent au tout nouveau Comité technique des vaccinations, l'instance chargée de conseiller le ministère et d'établir le calendrier.

La vaccination comme problème politique

De nouvelles exigences de précision statistique interviennent donc dans les années 1980 mais ne se traduiront par des améliorations dans les mesures qu'au cours de la décennie suivante. Les écarts apparus entre les couvertures vaccinales réelles et les taux idéaux, qui n'étaient pas discutés autrefois, étant donné l'absence conjointe de mesures précises et d'objectifs clairs, vont rendre possible l'expression d'un problème politique de la vaccination. Les mesures d'acceptabilité, de plus en plus courantes, sensibilisent aux petites variations de couverture. C'est dans cet environnement statistique nouveau que s'ouvre la controverse de la vaccination contre l'hépatite B en 1996. Si les Français ne deviennent peut-être pas les leaders de la défiance vaccinale à partir de ce moment, ils prêtent désormais plus d'attention aux effets secondaires, un phénomène peu discuté depuis la suspension de la vaccination contre la variole. Se mêle à cette crise la fin d'un certain type de mandarinate – symbolisée par la fermeture du CIE en 1999 – avec la disparition des héros de la pédiatrie comme Robert Debré, des figures de médecin chers au cœur des parents. Si le rapport des individus à la médecine change, celui de la médecine avec les perceptions du public change aussi, car les taux de couverture vaccinale, autrefois vaguement estimés mais franchement insatisfaisants au regard des critères actuels, n'alarmaient pas jusque-là les mandarins qui gardaient toute confiance dans l'absence de contestation durable de leurs disciplines.

La crise de la vaccination contre l'hépatite B ébranle l'idée que l'acte médical n'est « essentiellement qu'une confiance qui rejoint librement une conscience¹⁹ », pour reprendre une formule longtemps appliquée à la relation patient/médecin. Cependant, quand la controverse s'ouvre en 1996, les experts rassemblés au Comité technique des vaccinations ne voient pas cette transformation. Ils renâclent à réagir aux accusations contre le vaccin et jugent irrationnelles les suspicions d'effets indésirables graves. Le silence des autorités sanitaires, puis les réponses contradictoires apportées par l'État, ont alimenté un long feuilleton médiatique et juridique. Si

¹⁹ Louis Portes, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson 1954, p. 163.

la controverse a bien été déclenchée par une révolte contre un produit accusé de surcroît d'enrichir les laboratoires – le vaccin contre l'hépatite B est le premier vaccin onéreux de l'histoire de la santé publique – l'ampleur de la crise s'explique aussi par une incapacité à la gérer. Comme le souligne Grégoire Chamayou, les « crises de gouvernementalité » peuvent découler d'un refus des sujets d'être gouvernés autant que d'une faillite de l'aptitude à gouverner²⁰. On retrouve cette symétrie dans les effets de la crise : les responsables sanitaires français perdent confiance dans le pouvoir de l'autorité médicale sur les esprits, dans la force de persuasion de la raison scientifique, de la même façon que certains individus perdent confiance dans la vaccination.

Les mesures de l'acceptabilité paraissent alors nécessaires à la stabilisation d'un domaine d'intervention soudainement chahuté. Elles sont censées dévoiler les ressorts d'une situation critique. Cependant, la demande des autorités nationales et internationales a beau assurer la croissance continue du champ d'investigation, les sciences sociales avouent leur incompréhension des déterminants de l'hésitation vaccinale. Prenons l'exemple de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) introduite en 2006, qui sert souvent d'illustration à l'idée d'une crise de la vaccination. Ses taux trop bas résistent à l'analyse de santé publique. Comme le résumant les auteures d'un article récent : « Les déterminants de l'hésitation vaccinale HPV en France restent mal connus, mal compris et, par conséquent, difficiles à prendre en compte²¹ ». Les publications regorgent d'hypothèses contradictoires. Le fléau de l'hésitation, décrit en termes épiques, embrasse visiblement de nombreux déboires et difficultés des temps modernes, dont le tsunami d'une information incontrôlée dans les réseaux sociaux, la perte de confiance des citoyens dans toutes les autorités, la montée des individualismes, etc.

Conclusion

Il est vrai que la compréhension de la vaccination n'a jamais été seulement celle d'une technique médicale s'inscrivant dans une panoplie d'outils de soins et de santé. Sa longue histoire parmi les hommes est faite tant d'adaptations à des problèmes pratiques que d'interrogations sur sa signification sociale et politique, variables selon les époques. La notion d'hésitation vaccinale, son appareil statistique, ainsi que l'impatience des experts devant le temps nécessaire à l'adoption des innovations, appartiennent indéniablement à la configuration contemporaine de la vaccination. Les hésitants, comme les croisés enrôlés sous la bannière de la dénonciation de l'hésitation vaccinale, incarnent un courant de pensée qui s'étend bien au-delà de la santé publique, et porte sur les rapports entre le corps et les autorités, le corps et la science, le corps et le politique. À travers le refus ou la temporisation à propos de tel ou tel

²⁰ Grégoire Chamayou, *La société ingouvernable. Une généalogie du libéralisme autoritaire*, La fabrique, 2018.

²¹ Fabia Dib et Gwenn Menvielle, « Inégalités sociales de santé et épidémiologie des cancers causés par le HPV en France », *Questions de santé publique*, n°38, 2019, p. 2-4.

vaccin, les citoyens manifestent leur besoin irrépressible d'explications. Prendre l'hésitation vaccinale comme la simple résultante d'un illettrisme médical et de l'empire des réseaux sociaux sur des populations passives pose problème. Car cette hésitation vaccinale peut être, dans beaucoup de cas, la preuve d'une attitude critique vis-à-vis des pouvoirs publics, et correspond à une attente, une demande légitime, à laquelle il faut effectivement prêter une attention respectueuse.

Reste à savoir comment une notion, dont le succès doit tant au ratage de la vaccination contre le H1N1 en 2009, survivra à l'épidémie de Covid-19, qui remet en exergue l'importance des stocks, des infrastructures, et amène à relativiser la centralité des perceptions et des comportements individuels en santé publique. Avant le lancement de l'actuelle campagne, un membre du comité vaccin Covid-19 français concluait déjà un entretien : « Il y aura un problème [*mondial*] de logistique. La chaîne de froid, depuis toujours, est un obstacle majeur de la vaccination, plus que l'hésitation vaccinale. »

Publié dans laviedesidees.fr, le 4 mai 2021.