



**HAL**  
open science

## La vaccination en question

Toàn Pham

► **To cite this version:**

| Toàn Pham. La vaccination en question. Science politique. 2016. dumas-01526337

**HAL Id: dumas-01526337**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01526337>**

Submitted on 23 May 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne**  
**Département de science politique (UFR 11)**  
**Master 2 – Sociologie des Institutions et du Politique**

# **La vaccination en question**

Rédigé par Toàn Pham  
Sous la direction de Mme Brigitte Gaïti  
Année académique : 2015/2016



**Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne**  
**Département de science politique (UFR 11)**  
**Master 2 – Sociologie des Institutions et du Politique**

# **La vaccination en question**

Rédigé par Toàn Pham  
Sous la direction de Mme Brigitte Gaïti  
Année académique : 2015/2016



Monsieur Fleurant, à *Béralde* [remettant en cause un lavement prescrit par Monsieur Purgon].

De quoi vous mêlez-vous, de vous opposer aux ordonnances de la médecine, et d'empêcher monsieur de prendre mon clystère ? Vous êtes bien plaisant d'avoir cette hardiesse-là ! [...] On ne doit point ainsi se jouer des remèdes et me faire perdre mon temps. Je ne suis venu ici que sur une bonne ordonnance ; et je vais dire à monsieur Purgon comme on m'a empêché d'exécuter ses ordres et de faire ma fonction. Vous verrez, vous verrez...

[...]

Monsieur Purgon

Je viens d'apprendre là-bas, à la porte, de jolies nouvelles ; qu'on se moque ici de mes ordonnances, et qu'on a fait refus de prendre le remède que j'avais prescrit. [...] Voilà une hardiesse bien grande, une étrange rébellion d'un malade contre son médecin ! [...] Un attentat énorme contre la médecine ! [...] Un crime de lèse-Faculté, qui ne se peut assez punir !

Molière, *Le Malade imaginaire*, acte IV, scènes 4 et 5

Le carnet de santé, que chaque citoyen recevait à sa naissance, et grâce auquel il lui était impossible d'échapper aux douze vaccinations et vingt-sept piqûres obligatoires, permit de surveiller l'état mental de la communauté et de chacun de ses membres.

René Barjavel, *Ravage*

## **Résumé**

Au pays de Pasteur, la vaccination revêt un caractère indiscutable. Cela tient autant à son histoire qu'aux choix faits en matière de politique sanitaire en faveur d'un « tout-vaccin ». Cette indiscutabilité, qui passe notamment par l'obligation vaccinale, est aujourd'hui de plus en plus remise en cause. Quels sont les tenants et aboutissants de ce phénomène ?

## **Summary**

In the country where Pasteur was born, vaccination is not a matter of discussion. This is explained as much by its history as by the choices made in terms of sanitary policy in favor of « all inclusive vaccination ». This indisputability, which stems from the compulsive character of vaccination, is nowadays more and more questioned. What are the ins and outs of this phenomenal.

## **Mots-clés**

Vaccin – Prévention – Risque infectieux – Santé publique

Verrouillage – Boîte noire

Discutabilité – Démocratie sanitaire – Tradition clinique

NPM – Economie de la santé – Libéralisme

## **Keywords**

Vaccine – Prevention – Infectious risk – Public health

Locking – Black box

Disputability – Sanitary democracy – Clinical tradition

NPM – Health economy - Liberalism

## **Avertissement**

Les opinions exprimées dans cette étude n'engagent que leur auteur.

## **Remerciements**

Je souhaite remercier avant tout ma directrice de mémoire, Brigitte Gaïti, qui, par ses conseils et son encadrement, a permis à ce travail de se doter de propos précis et surtout intelligibles. Je désire également remercier l'ensemble des professeurs de mon cursus universitaire, de Paris 1 comme de Paris 8.

J'adresse aussi une pensée à mes camarades de Master qui ont contribué, par leur camaraderie, l'entraide et un soupçon de compétition, à faire de cette année universitaire un agréable souvenir.

Enfin, je remercie chaleureusement mes proches, et particulièrement ma mère qui a su me soutenir et m'encourager dans mon travail, ainsi que ma tante pour ses efforts de relecture.

## Liste des abréviations employées

ALIS : Association liberté information santé

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

BCG : [Vaccin] Bilié de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)

CNS : Conférence nationale de santé

CRS : Conférence régionale de santé

CTV : Comité technique des vaccinations

DGS : Direction générale de la santé

DTP : [Vaccin] Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

HPV : *Human papillomavirus* (Papillomavirus humain)

HCSP : Haut conseil de la santé publique

LFSS : Loi de financement de la Sécurité Sociale

LNPLV : Ligue nationale pour la liberté des vaccinations

InVS : Institut de veille sanitaire

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNS : Plan national de santé

PRS : Plan régional de santé

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

REVAHB : Réseau vaccin Hépatite B

ROR : [Vaccin] Rougeole-Oreillons-Rubéole

SROS II : Schéma régional d'organisation sanitaire de 2<sup>e</sup> génération

VHB : Vaccin Hépatite B

UNACS : Union nationale des associations citoyennes de santé.

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 : Un vaccin indiscutable</b> .....	<b>23</b>
I- <u>La formation de la « boîte noire » de la vaccination</u> .....	<b>24</b>
II- <u>Les limites de l'indiscutabilité vaccinale</u> .....	<b>34</b>
<b>Chapitre 2 : La démocratie sanitaire : vers un vaccin discutable ?</b> .....	<b>45</b>
I- <u>La mise à l'agenda de la démocratie sanitaire : du diagnostic à « l'antidote »</u> .....	<b>47</b>
II- <u>Politique vaccinale et loi du 4 mars 2002</u> .....	<b>62</b>
<b>Chapitre 3 : Défiance vaccinale et démocratie sanitaire</b> .....	<b>69</b>
I- <u>Une dénonciation transformée par le droit des malades</u> .....	<b>71</b>
II- <u>L'état de la question vaccinale</u> .....	<b>83</b>
III- <u>Vers une domestication de la défiance vaccinale</u> .....	<b>95</b>
<b>Chapitre 4 : Des mutations favorables à une discutabilité des vaccins</b> .....	<b>103</b>
I- <u>Un contexte épidémiologique propice à la discutabilité des vaccins</u> .....	<b>105</b>
II- <u>Une administration de la santé plus libérale</u> .....	<b>111</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>121</b>



## Introduction

« L'orthographe en question » pouvais-je lire sur la une d'un périodique placardé sur le flanc d'un kiosque parisien. C'est un débat qui a fait couler beaucoup d'encre dans les premiers mois de l'année 2016, celui d'une réforme de l'orthographe qui, bien qu'initiée par l'Académie française, n'était pas du goût de tout le monde. Comment peut-on oser toucher à l'orthographe, saint des saints de la culture française ? Ainsi, il y aurait des sujets sur lesquels on peut discuter et certains non. Dans cette thématique, l'orthographe fait figure de cas d'école. Après tout, Pierre Bourdieu n'employa-t-il pas l'exemple de la langue pour illustrer la notion de « violence symbolique » dans son ouvrage *La Reproduction* ? Pourtant, malgré cela, l'orthographe est entrée dans le champ des objets questionnables et donc réformables. A partir de là, quel sujet, quelle chose publique est encore à l'abri, ou plutôt devrais-t-on dire immunisée, voire vaccinée pour rester dans le thème, contre le débat public ? Ces quelques mots qui feront office d'*incipit* à mon étude me semblaient appropriés pour démarrer ma réflexion sur la politique vaccinale française.

### *Qu'est-ce que la vaccination ?*

Il convient, avant de dissenter plus longuement sur le procédé, de donner une définition de ce qu'est la vaccination. L'exercice démontre la nature complexe de ce qui se révèle être, au final, bien plus qu'un simple produit de santé. Il est donc nécessaire de présenter la vaccination sous un angle large, intégrant ses aspects aussi bien sanitaires, que scientifiques, culturels et politiques.

La vaccination est, avant tout, un procédé sanitaire qui consiste en l'immunisation du corps par la production d'antigènes spécifiques. Cette production est stimulée par l'introduction dans l'organisme de l'agent infectieux contre lequel on cherche à se protéger, ce dernier étant inoculé sous une forme dénaturée ou désactivée. Ce procédé, connu depuis l'Antiquité (mithridatisation), est plus largement employé dans le monde depuis la fin du XIX<sup>e</sup> et les travaux de Louis Pasteur sur le sujet. Parmi tous les vaccins disponibles aujourd'hui en France, seuls trois sont obligatoires en population générale<sup>1</sup>, réunis sous l'acronyme DTP, ou DTPolio :

---

<sup>1</sup> En opposition avec les vaccinations sur population-cible comme celles concernant les professionnels de santé (hépatite B) ou les habitants de Guyane (fièvre jaune).

diphthérie, tétanos et poliomyélite. Il faut noter, pour les besoins du propos de cette étude, que la vaccination, à l'instar d'autres procédés médicaux, n'est pas fiable à 100%.

La vaccination est aussi un objet scientifique, car elle s'appuie sur des savoirs qui tendent à faire de cet objet un fait, une « connaissance implicite »<sup>2</sup>. Cela se remarque notamment dans les contestations faites face aux vaccins. Bien qu'il existe encore des personnes capables de remettre en cause le principe même de la vaccination, l'essentiel des détracteurs attaquent la gestion de la politique vaccinale ou des produits qui ne fournissent pas la protection attendue mais pas le fonctionnement de la vaccination en elle-même.

La vaccination est également un objet culturel, car elle porte avec elle une vision de l'Histoire, surtout de l'histoire épidémiologique. Communément, parler de la vaccination consiste à faire une chronologie de ses succès, dont le plus notable d'entre eux est l'éradication de la variole. Cette dimension culturelle est importante puisqu'elle apparaît comme un des enjeux majeurs des détracteurs de la vaccination. Les succès de la vaccination sont alors minimisés, voire niés, et l'accent est mis sur les errements de la pratique vaccinale.

Enfin et surtout, la vaccination est un objet politique. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on parle d'obligations vaccinales. La vaccination est politique d'une part puisqu'elle est la traduction des rapports de force qui peuvent s'exercer entre les patients et leurs médecins, ainsi qu'entre l'Etat et ses administrés. Dans ce dernier cadre, théâtre principal des obligations vaccinales, les injonctions de santé profitent de mesures de contrôle (l'épidémiologie, « fragment de l'Etat panoptique »<sup>3</sup>) et de police pour s'assurer de leur application. Cette emprise de l'Etat sur la santé des individus illustre parfaitement ce que Foucault nomme le « biopouvoir », une forme d'expression du pouvoir étatique dans laquelle la médecine en est un rouage. La vaccination est également politique car collective. Pour comprendre au mieux cela, il faut se pencher d'une part sur l'un des principes associé à la vaccination, l'immunité grégaire, ainsi que sur les visées au long terme de la plupart des politiques vaccinales, à savoir l'éradication de l'agent infectieux concerné. Premièrement, l'immunité grégaire repose sur le fait qu'une couverture satisfaisante de la population est suffisante pour empêcher la circulation d'une maladie. Si elle ne nécessite pas d'être complète, cette couverture doit tout de même être élevée. Cette notion d'immunité grégaire est d'autant plus importante quand il s'agit de vaccins dits altruistes (protégeant de maladies peu impactantes, voire bénignes, pour le sujet inoculé

---

<sup>2</sup> Latour B., *La science en action*, La Découverte, 1989

<sup>3</sup> Buton F. et Pierru F., « Veille sanitaire », in *Dictionnaire critique de l'expertise*, Emmanuel Henry et al., Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Références », 2015, p. 313-321

mais pouvant s'avérer graves en cas de contamination par un sujet trop fragile pour supporter une vaccination [ex : nourrisson]). Deuxièmement, l'objectif plus ou moins poursuivi par les politiques vaccinales est de se conclure par l'éradication pleine et entière de l'agent infectieux de la surface du globe, comme ce fut le cas à propos de la variole. Cela nécessite de ne laisser véritablement aucun foyer potentiel de prospérité pour la maladie. De fait, et ce dans le cadre d'une éradication, les vaccinations s'accommodent mal avec les particularismes, d'où un recours à des moyens de contrainte.

Le recours aux obligations vaccinales n'est cependant pas systématique et il en existe qui ne sont que recommandés. Ce double régime obligation/recommandation compose ce qu'on appelle la politique vaccinale. Celle-ci est élaborée par le ministre de la Santé<sup>4</sup> selon l'avis du Comité technique des vaccinations (CTV), un organe d'expertise rattachée au Haut conseil de santé publique (HCSP)<sup>5</sup>. C'est d'ailleurs le CTV qui produit et réactualise tous les ans le calendrier vaccinal, un document mis à disposition du public afin d'informer sur les différents vaccins disponibles. Le CTV est composé de vingt spécialistes sur le sujet de la vaccination<sup>6</sup> ayant chacun une voix lors des votes. On remarque que dans ce dispositif de production de la politique vaccinale, il n'y a aucun rôle pour l'utilisateur.

Au vu de ce qui vient d'être dit, on remarque que la vaccination, de par sa nature scientifique et politique, est un objet qui, de prime abord, est peu, voire non démocratique<sup>7</sup>. La ministre de la Santé Marisol Touraine affirmait d'ailleurs jusqu'à il y a peu : « La vaccination, ça ne se discute pas »<sup>8</sup>. La vaccination donc, en tant que procédé bénéficiant du concours de la science et des pouvoirs publics, et en tant que porteuse d'un projet commun à l'ambition louable, la bonne santé de la population, serait un objet indiscutable, hors de tout champ de consultation ou de remise en question ? L'histoire récente de la politique vaccinale vient bousculer quelque peu cette affirmation, initiant du même coup cette étude sur la « discutabilité » des vaccinations.

---

<sup>4</sup> Article L. 3111-1 du Code de Santé publique.

<sup>5</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

<sup>6</sup> 3 infectiologues, 3 pédiatres, 2 microbiologistes, 2 médecins de santé publique épidémiologistes, 2 généralistes, 1 immunologiste, 1 gériatre, 1 gynécologue obstétricien, 1 interniste, 1 médecin de protection maternelle et infantile, 1 médecin du travail, 1 économiste de la santé et 1 sociologue.

<sup>7</sup> Skomska-Godefroy J., « La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français », in *L'Aventure de la vaccination*, Anne-Marie Moulin (dir.), Fayard, 1996, p. 423-437

<sup>8</sup> Jalinière H., « Vaccins : qu'y a-t-il derrière la pétition du professeur Joyeux ? », sciencesetavenir.fr, consulté le 30/11/2015

## *Pourquoi travailler sur la discutabilité des vaccinations ?*

L'idée de travailler sur les vaccinations m'apparut quand j'entendis à la radio les chiffres de la couverture contre la grippe saisonnière, encore en baisse pour l'année 2015, perpétuant une pente amorcée depuis 2009. Le reportage s'accompagnait naturellement des décès imputés à ce phénomène de non-vaccination. A la suite de cette écoute donc, je décidai de consacrer mon mémoire de M2 aux pratiques vaccinales en France.

Dans un premier temps, il me faut avouer que travailler sur la discutabilité des vaccins n'était pas mon intention première. Lorsque j'ai entamé mes réflexions autour du thème des vaccins, mon objectif initial était de me concentrer sur les groupes anti-vaccinaux afin de comprendre comment ces derniers pouvaient en arriver à refuser l'immunité apportée par les vaccins, et, par-là même, à refuser de contribuer à l'éradication d'une maladie. A ce titre, j'avais commencé mon étude par la relecture d'*Outsiders* d'Howard Becker à propos de la sociologie de la déviance. Je comptais ainsi étudier la constitution des groupes anti-vaccinaux comme celle de groupes déviants, avec leur culture propre et leurs mécanismes de production de justifications. Toutefois, l'impasse d'une telle démarche m'apparut dès les premiers mois de recherche : elle se résumait au final qu'en une réitération du travail de Becker, où les musiciens de jazz seraient simplement remplacés par les anti-vaccins.

J'opérai alors un changement d'approche du problème de la vaccination dont le premier pas fut de comprendre mon *apriori* sur ceux qui ne se faisaient pas vacciner : pourquoi avoir d'emblée vu ceux-ci comme des déviants ? Parce qu'ils refusaient de se conformer, ou plutôt de se plier docilement, aux prescriptions sanitaires ? J'avais alors fait ce que Bruno Latour qualifie de « procès en irrationalité », je pensais que les anti-vaccins avaient dévié de la route rationnelle, de la seule route à suivre, et que cette action devait logiquement s'accompagner d'une justification, quelle qu'elle soit. Cela était révélateur d'un autre état de fait : j'estimais que ceux qui restaient dans le droit chemin n'avaient, eux, pas besoin d'une quelconque justification. Ils suivraient une voie indiscutable. Je décidai donc de recentrer mon travail sur ce caractère indiscutable de la vaccination.

Etant le fils de professionnels de la santé, les prescriptions d'ordre médical relevaient bien souvent de l'injonction parentale. Même si, comme tout un chacun, il m'est arrivé de refuser puérilement un médicament au goût douteux, j'estimais, et dans une certaine mesure j'estime encore, qu'un diagnostic ou qu'un traitement ne relèvent pas du domaine du

négociable. Tout ça pour dire que travailler sur une discutabilité des vaccins est loin d'aller de soi pour moi. J'en veux pour preuve mon expérience personnelle lors de l'épisode du H1N1, en 2009-2010, contre lequel je fus vacciné (faisant ainsi partie des 8% seulement d'inoculés en France), vaccination qui provoqua chez moi une violente réaction allergique. Avec le recul, je remarque aujourd'hui que malgré cet événement fâcheux, il ne m'est jamais venu à l'esprit de remettre en cause, ni la vaccination en général, ni ce vaccin en particulier.

Mais, au-delà de cet aparté, je trouve qu'analyser l'indiscutabilité, ou la discutabilité, des vaccins dans un travail de science politique est intéressant. Tout d'abord parce que cette tension entre la capacité ou non de remettre en question les vaccinations, qui constitue pour rappel un moyen de se protéger contre des risques infectieux, s'inscrit parfaitement dans l'éternel débat de la discipline : quel équilibre entre sécurité et liberté ? Ensuite parce que cette dualité s'exprime dans un contexte contemporain où les obligations sont de plus en plus controversées sur la scène publique, autant en raisons de facteurs nationaux qu'internationaux<sup>9</sup>. Les seconds concernent l'isolement de la politique vaccinale française au sein des pays développés, notamment en Europe, qui ont adopté des stratégies plus souples. Les premiers sont plus notables puisqu'ils concernent en premier lieu la non-conformité de la politique vaccinale avec un processus de mise en discussion des décisions sanitaires justement : la démocratie sanitaire. Sans m'attarder sur ce concept qui sera détaillé ultérieurement dans l'étude, il convient de souligner cette résistance de la vaccination par rapport aux démarches de démocratisation qui traversent le système de santé français.

### *Quel angle et quels matériaux pour traiter des vaccinations ?*

Comme il a été dit plus haut, la vaccination est un objet complexe qui fait se croiser une multitude de domaines. Afin de traiter efficacement du sujet, j'ai dû opérer plusieurs choix. Premièrement, toutes les vaccinations n'étant pas imposées en population générale, l'ambition de ce travail n'est alors pas de traiter de ce principe sanitaire dans son acceptation la plus large mais plutôt de parler de lui au travers des obligations, afin de rendre compte au mieux de cet aspect indiscutable dont il est question ici. Choix fut donc fait de se concentrer sur les vaccinations ayant le concours de mesures coercitives, bien qu'il m'arrive de traiter parfois de celles ne faisant l'objet que d'une simple recommandation. Deuxièmement, j'ai également fait

---

<sup>9</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

le choix de ne pas aborder le poids propre des sociétés pharmaceutiques ou du lobby pharmaceutique dans la question vaccinale autrement que comme spectre brandi par la contestation. Il ne s'agit pas pour moi d'occulter ce facteur mais plutôt de ne pas m'égarer sur un sujet sur lequel je n'ai que peu d'éléments sinon ceux produits par la susdite contestation. Enfin, il n'est pas question ici de retracer toute l'histoire de la vaccination en France. Ainsi, mis à part quelques références historiques, l'étude ne traitera que de la période allant du début des années 1980, date qui marque une plus forte implication de l'Etat dans les questions de santé<sup>10</sup>, au début de l'année 2016, lorsque fut annoncée la tenue d'une consultation publique sur les vaccinations.

Puisqu'il s'agit bien là de l'objectif de ce mémoire, comprendre ce qui a permis le glissement de la politique vaccinale du statut d'objet indiscutable à celui, au contraire, d'objet discutabile, questionnable, vers lequel elle semble tendre aujourd'hui. Plusieurs hypothèses me viennent pour expliquer cette transition. La première concerne les nombreux discours qui ont émaillé le débat vaccinal après l'annonce du débat public, les uns félicitant la percée de leurs arguments, les autres mettant en avant une volonté de faire progresser le système de santé. Or, il me semble que si une évolution de la politique vaccinale est à entrevoir, celle-ci est plus à attribuer à une conjonction de facteurs plutôt qu'au volontarisme des acteurs, même si ces derniers ont permis l'ouverture de fenêtres d'opportunités. Ma seconde hypothèse découle directement de la première. Ainsi, je suppose que la possibilité d'un *aggiornamento* de la politique vaccinale est en réalité le reflet d'une transformation de la société dont la naissance est contemporaine à celle de l'idée de démocratie sanitaire décrite plus tôt : la libéralisation aussi bien économique que politique de la société.

D'où ma problématique : quels sont les facteurs qui contribuent à une plus grande « discutabilité » des vaccinations obligatoires ?

Je reprends ici le terme de « discutabilité » du texte de Yannick Barthe intitulé *Rendre discutabile* qui correspond au « degré auquel [les] décisions sont susceptibles d'être soumises à un régime de discussion publique »<sup>11</sup>.

Pour m'aider à répondre à ma problématique, je m'appuierai sur diverses sources, et en premier lieu sur la littérature en sciences sociales, à laquelle j'emprunterai de nombreux

---

<sup>10</sup> Renard S., *L'ordre public sanitaire*, thèse pour le doctorat de droit, Université Rennes I, 2008

<sup>11</sup> Barthe Y., « Rendre discutabile. Le traitement politique d'un héritage technologique », *Politix*, n°57, 2002, p. 57-78

concepts. Celle-ci doit me permettre d'apprivoiser les composantes de la question vaccinale qui, comme nous l'avons vu, sont multiples. Ainsi, je me référerai à des ouvrages parlant de la philosophie et de la sociologie des sciences. Parmi eux, je distingue celui de Bruno Latour intitulé *Pasteur : guerre et paix des microbes*, à la suite duquel je souhaite placer mon travail, notamment du fait que le processus de discutabilité dont je traiterai s'inscrit en contrepied par rapport à celui de fermeture de la « boîte noire de la vaccination » décrit dans le dit-livre. Dans le même ordre d'idées, je citerai le texte de Yannick Barthe dont il a déjà été question, *Rendre discutable*, et qui constitue également un élément fondateur de ma pensée. A la littérature en sciences sociales j'emprunterai également d'autres notions issues de l'étude des controverses, de l'économie, notamment de l'économie de la santé, ainsi que de la sociologie de la santé. Sur le thème réellement spécifique des vaccinations, et *a fortiori* des vaccinations obligatoires, la littérature existante est peu fournie, du moins à propos de l'exemple français<sup>12</sup>. Le rapport écrit par Bertrand et Torny est éclairant mais date de 2004. De même, la thèse de droit de Stéphanie Renard, de 2008, me permet de cerner les enjeux de sécurité sanitaire à laquelle la question de la vaccination obligatoire est liée mais ne traite pas cette dernière de façon saillante.

Cette thèse me permet de faire la transition vers la seconde partie de mes sources : les ressources juridiques. Outre les travaux ayant pour objet le droit de la santé en rapport avec les vaccinations ou le droit des malades, je m'appuierai donc sur quelques textes de loi. Premier parmi les textes que je citerai : la loi du 4 mars 2002, ou loi Kouchner. Celle-ci comporte plusieurs volets mais nous nous intéresserons ici prioritairement à celui concernant la « démocratie sanitaire », concept ayant pour but d'instaurer une égalité entre le patient, devenu l'utilisateur, et le système de santé. C'est cet aspect de la loi qui fonde en partie, et auquel se réfère, la contestation contemporaine à la vaccination. Je ne procéderai pas à une lecture *stricto sensu* de la loi mais lui préférerai une analyse des débats et rapports parlementaires qui ont précédé son vote afin de dégager clairement les ambitions qui lui étaient attachées. Dans le même esprit, je remonterai jusqu'aux événements qui semblent en être à l'origine, c'est-à-dire l'affaire du sang contaminé. Toujours à propos de la loi du 4 mars 2002, il m'a semblé intéressant de lire le livre de Didier Tabuteau, un des rédacteurs de la loi, justement intitulé *La Démocratie sanitaire*. La loi Kouchner ne sera cependant pas le seul texte juridique auquel je ferai référence. Ainsi, je citerai, entre autres, celui du 9 août 2004, qui vient notamment approfondir les voies

---

<sup>12</sup> Pour une étude s'appuyant sur l'exemple anglo-saxon, voir Durbach (2000 et 2004), Colgrove (2005), Johnston (2004), etc.

ouvertes par le précédent. Enfin, je mentionnerai la jurisprudence, prolixes à propos des vaccinations obligatoires, et qui me sera utile pour illustrer mes propos.

Je mobiliserai aussi la littérature grise sur le sujet. Il existe en effet plusieurs rapports traitant du système de santé et plus précisément des vaccinations obligatoires. Parmi eux, on retrouve des rapports administratifs émis par le Comité techniques des vaccinations (CTV), qui dépend du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ou par la Cour des Comptes ainsi que par le Conseil d'Etat (notamment le rapport public de 1998). A cela s'ajoute les rapports parlementaires sur la politique vaccinale française, dont celui de Sandrine Hurel remis le 12 janvier 2016 et qui est à l'origine de l'annonce de débat public par la ministre. Ces rapports me serviront à montrer le besoin ou le désir exprimé par les pouvoirs publics de réformer la politique vaccinale et les voies proposées par ceux-ci.

Mon étude portant également sur le débat vaccinal, je fais alors appel, afin de l'illustrer, à diverses ressources, à la fois médiatiques (articles de presse, émissions de radio ou de télévision), publiques (communiqués officiels) et associatives. D'ailleurs, dans l'optique d'avoir plus facilement accès à ces ressources, j'ai adhéré à la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations (LNPLV), groupe impliqué dans la question vaccinale en faveur d'un abandon des obligations, me permettant d'obtenir des documents et de la presse associatifs (magazine interne *Réalités & vaccinations*) et un accès au forum interne. N'ayant pas trouvé de données réellement exploitables sur le forum, je me concentrerai sur l'analyse des idées exprimées publiquement ou dans le magazine. Ces ressources me permettront, d'une part, de montrer l'humeur et l'avancement du débat entre les pouvoirs publics et les associations, et d'autre part, de mettre en mots les tentatives de scandalisation du dossier vaccinal. Il faut noter que bien que je me réfère à elle comme de la « contestation » au singulier, cette dernière ne constitue pas un bloc uni mais au contraire une nébuleuse d'acteurs et d'associations. Toutefois, dans un souci de lisibilité, je regrouperai sous cette appellation tous les groupes militant pour un arrêt des obligations vaccinales.

Pour finir, je compléterai cet inventaire par des données épidémiologiques fournies pour la plupart par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

### *Annonce du plan*

Afin de répondre à ma problématique, j'ai divisé mon étude en quatre chapitres.

Dans mon premier chapitre, il me paraît approprié de revenir sur l'état d'objet non questionnable dont joui(ssai)t la vaccination. Il n'est pas ici question de reproduire le travail de Bruno Latour, c'est-à-dire la fermeture de la boîte noire de la vaccination, mais de se pencher sur les instruments institutionnels qui ont cimenté cette fermeture. En effet, outre l'adhésion des médecins aux principes des hygiénistes et à la pénétration de ces derniers dans des sphères toujours plus hautes de l'Etat<sup>13</sup>, l'indiscutabilité de la vaccination a été construite par la formation de deux verrous : l'élévation de la vaccination comme d'un « héritage historique incontournable »<sup>14</sup> (verrou scientifique) et la justification de son recours à caractère systématique au travers du maintien de « l'ordre public sanitaire » (verrou juridique). Cela a contribué à produire une médecine caractérisée par « l'aveuglement et la persistance dans l'erreur »<sup>15</sup>, terreau propice à une véritable « épidémie iatrogène »<sup>16</sup>, source, entre autres, de scandales sanitaires et d'arguments en faveur d'une plus grande questionnabilité de la médecine, d'une « démocratie sanitaire ».

Le deuxième chapitre aura pour but de présenter les transformations opérées dans le système de santé français suite aux problèmes causés par la situation décrite dans la précédente partie. Partant du constat que les nombreuses crises sanitaires qui ont éclaté depuis 1985 (sang contaminé, amiante, vaccin anti-Hépatite B, etc.) le furent du fait d'un système de santé trop rigide dans son fonctionnement, les pouvoirs publics et le législateur décidèrent de le moderniser en y introduisant davantage de démocratie (par le concept de démocratie sanitaire notamment). Pour reprendre la rhétorique d'un « système malade » de son indiscutabilité utilisé par les différents acteurs en présence, la démocratie apparaît alors comme un moyen de le guérir, comme un « antidote »<sup>17</sup>. Cette partie détaillera donc l'histoire du concept de démocratie sanitaire depuis ses fondements, c'est-à-dire depuis l'affaire du sang contaminé. En effet, cet épisode est régulièrement cité comme l'épicentre du séisme qui a conduit à la refonte du système de santé par le législateur<sup>18</sup> et par les chercheurs<sup>19</sup>. Ayant pour vecteur la loi du 4 mars 2002, la démocratie sanitaire n'a pas seulement changé la législation mais également les façons

---

<sup>13</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

<sup>14</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

<sup>15</sup> 2<sup>ème</sup> séance du mardi 2 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>16</sup> *Ibidem*

<sup>17</sup> La notion de « démocratie comme antidote » fait directement référence à l'une des parties du texte de Jean-Paul Domin : « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? »

<sup>18</sup> Cf. débat autour de la loi du 4 mars 2002.

<sup>19</sup> Voir Stéphanie Renard (2007), Didier Tabuteau (2013), Francis Chateauraynaud et Didier Torny (1999), Patrick Champagne et Dominique Marchetti (1994), François Bourdillon, Gilles Brucker et Didier Tabuteau (2007)...

d'aborder les problèmes de santé publique. Ainsi, la politique vaccinale s'est vue modifiée dans son approche de résolution des crises infectieuses, par exemple celle du H1N1 en 2009-2010, ou de sa gestion plus ordinaire. Si la démocratie sanitaire n'a pas impacté en profondeur les obligations vaccinales en vigueur, il me paraît cependant fondamental de la mentionner dans le sens où ce concept a profondément transformé le débat vaccinal en fournissant une base plus solide à la contestation.

De fait, le troisième chapitre prend directement la suite du deuxième puisqu'il s'agira d'y étudier les évolutions du débat vaccinal depuis l'introduction, sur la scène publique, du concept de démocratie sanitaire. Si cette question vaccinale n'est pas neuve, elle a en effet été transformée par les nouvelles problématiques s'imposant au système de santé français dans la continuité de la crise du sang contaminé. Ainsi, après avoir orienté tour à tour le débat sur la véracité scientifique de la vaccination, sur la dangerosité du vaccin antivariolique ou sur la réparation des accidents post-vaccinaux<sup>20</sup>, la contestation vaccinale a pu, renforcée par la loi du 4 mars 2002, recentrer ses griefs sur l'invalidité juridique des obligations vaccinales<sup>21</sup>, sans pour autant abandonner ses précédents arguments. Toutefois, comme nous le verrons, ces évolutions ne paraissent pas suffisantes pour permettre un déblocage de la question vaccinale. En illustration de cela se trouve « l'Affaire Larère »<sup>22</sup>, qui s'est conclue par une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) qui a confirmé la validité des obligations vaccinales. Il serait alors possible d'entrevoir, derrière les mains tendues vers plus de discutabilité de la vaccination apportées par le rapport Hurel, par exemple, plutôt une manœuvre de « normalisation progressive »<sup>23</sup>, c'est-à-dire une manœuvre consistant à réduire la potentialité de polémique du dossier vaccinal. Cette mécanique est à rapprocher de celle qu'a connue le dossier de l'amiante dans lequel le Comité permanent amiante (CPA) poursuivait les réflexions autour de l'amiante dans le but d'empêcher toute sortie publique<sup>24</sup>. Ainsi, on peut voir que le dossier vaccinal n'est pas isolé mais rejoint d'autres résolutions de problèmes similaires, sanitaires ou non.

---

<sup>20</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

<sup>21</sup> Cf. la chronique juridique du magazine interne de la LNPLV *Réalités & vaccinations*.

<sup>22</sup> Titre rapidement donné par les sites anti-vaccinaux puis repris par certains médias d'abord locaux (*Le Journal du Centre* et *L'Yonne Républicaine*) puis nationaux.

<sup>23</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Editions EHESS, Paris, 1999

<sup>24</sup> *Ibidem*

Enfin, le quatrième et dernier chapitre portera sur les différentes mutations, autre que celles précédemment citées, qui pourraient contribuer à un processus de discutabilité des vaccinations. En effet, la politique vaccinal n'est pas un objet totalement isolé et évolue, au contraire, au sein d'un environnement. Un environnement sanitaire et social d'une part, dans lequel les impératifs épidémiologiques ou le type d'usager ne sont pas forcément propice à la perpétuation d'une indiscutabilité des vaccinations. Elle évolue également dans un environnement qui s'oriente davantage vers un libéralisme politique et économique, où les objectifs et les contraintes qui s'appliquent au système de santé ne sont plus les mêmes par rapport au temps où les obligations vaccinales furent instaurées.



# Chapitre 1 : Un vaccin indiscutable

*Le malade doit obéir à son médecin comme un serf à son seigneur.*

Il s'agit là d'un adage attribué à Guy de Chauliac, un chirurgien du XIV<sup>e</sup> siècle, qui traduit fidèlement ce qu'on pourrait appeler la « tradition clinique » (Dodier), voire la « tradition clinique paternaliste » (Barbot), c'est-à-dire l'état des rapports de force dans la relation entre le médecin et son patient (le « colloque singulier ») dans lequel le premier est investi d'une très forte autorité cognitive et morale<sup>25</sup>. C'est suivant ce principe que notre système de santé s'est construit et ce jusqu'à il y a peu, au travers de la doctrine médicale et de la jurisprudence<sup>26</sup>. Ainsi, le médecin, seul juge des décisions de santé, et le patient, « incompetent sur son bien-être »<sup>27</sup>, n'échangeaient que des informations choisies et aucune possibilité n'était donnée au second de discuter les choix du premier. Il est possible d'étendre ce schéma au domaine de la vaccination qui s'est propagée au travers d'obligations associées à des mesures coercitives. Aujourd'hui, cette relation paternaliste est « dépassée et peu répandue » et le colloque singulier s'oriente plus volontiers vers un modèle plus délibératif<sup>28</sup>. Pourtant, les obligations vaccinales demeurent en dehors du champ du discutabile, tel que le rappela Marisol Touraine en novembre 2015<sup>29</sup>. Ce statut indiscutable de la vaccination est ancien et fut construit par l'action des pasteuriens et des hygiénistes, rôle ensuite repris par les médecins<sup>30</sup>. Il est important de s'attarder sur ce travail des médecins en faveur d'une vaccination indiscutable. Outre l'œuvre de Pasteur et de ses disciples, qui a contribué à faire de la vaccination un point de passage obligé, les médecins ont accompagné la vaccination tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, aussi bien dans la discipline scientifique que dans l'Hémicycle. Tout cela a abouti à une « situation de verrouillage » semblable à celle que Yannick Barthe décrit quand il parle de l'enfouissement des déchets nucléaires, c'est-à-dire le résultat d'un processus lors duquel « des bifurcations ont été prises, des normes ont été édictées, de lourds investissements

---

<sup>25</sup> Dodier N., « Sciences de la société », in *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D. et Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010, pp. 81-93

<sup>26</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>27</sup> Jaunait A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, 2003, n° 11, p. 59-79

<sup>28</sup> Bergeron H., « Les transformations du colloque singulier médecin-patient : quelques perspectives sociologiques », dans D. Tabuteau (dir.), *Les Droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Paris, Éditions de Santé et Presses de Sciences Po, 2007

<sup>29</sup> Jalinière H., « Vaccins : qu'y a-t-il derrière la pétition du professeur Joyeux ? », *sciencesetavenir.fr*, consulté le 30/11/2015

<sup>30</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

ont été consentis, autant de facteurs qui ont contribué à restreindre singulièrement l'espace des choix possible et à créer une forte dépendance à l'égard du chemin initialement emprunté »<sup>31</sup>.

L'objectif de ce chapitre est donc d'analyser le caractère indiscutable de la vaccination. Cela passe premièrement par l'étude des différents verrous, scientifique et juridique, qui ferment la « boîte noire » de la vaccination (I-). Une fois cela fait, il conviendra de confronter cette indiscutabilité à ses limites (II-).

## **I- La formation d'une « boîte noire » de la vaccination**

Comme dit précédemment, le principe de la vaccination ne se prête pas facilement, sur la scène publique, au débat. Cela est à attribuer au fait que ce choix technique bénéficie d'une « boîte noire » fermée. Le terme de boîte noire renvoie ici à un appareil ou à une série d'instructions d'une grande complexité dont les praticiens<sup>32</sup> n'ont rien besoin de connaître d'autre que ce qui y entre et ce qui en sort<sup>33</sup>. On se rend donc compte que la vaccination correspond bien à une boîte noire puisqu'il est demandé à ces praticiens (médecins et patients), de souscrire à des inoculations systématiques. Sa fermeture a plusieurs incidences sur la vaccination : elle contribue à son incorporation dans les instruments de l'action publique et l'immunise du besoin d'être argumenté.

Si, comme nous l'avons évoqué, cette immunité a été remise en cause depuis, il est nécessaire de revenir sur ce qui a permis la fermeture et la consolidation de cette boîte noire, à savoir les différents verrous, scientifique (A.) et juridique (B.) qui firent de la vaccination un objet peu, voire non discutable.

### **A) Le verrouillage scientifique**

#### **1. Un vaccin inévitable**

Dans son ouvrage *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Bruno Latour décrit le travail des hygiénistes et des pasteurien pour se rendre « indiscutables », pour gagner un statut

---

<sup>31</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

<sup>32</sup> Praticien au sens large, c'est-à-dire de celui qui fait l'usage de quelque chose, et non au sens de praticien en médecine.

<sup>33</sup> Latour B., *La science en action*, La Découverte, 1989

« d'invulnérabilité partagée » avec leurs thèses. Toujours selon Latour, ces deux types d'acteurs ne formaient pas, à l'origine, un même bloc et ce processus d'indiscutabilité a nécessité des efforts de traduction respectifs et de recrutement mutuels. Il est à noter que ce gain de crédit en faveur de la vaccination n'est pas le produit exclusif d'arguments scientifiques. Au contraire, il fut plusieurs fois opposé aux thèses de Pasteur la méthode scientifique, comme dans la confrontation entre ce dernier et Michel Peter (dont les arguments seront repris ensuite par Robert Koch)<sup>34</sup>. L'invulnérabilité scientifique de la vaccination n'est donc pas à comprendre uniquement comme le résultat de la pertinence des arguments pasteurien mais surtout comme le travail d'un mouvement social prenant le nom d'hygiénisme.

Cette invulnérabilité fut ensuite largement construite au travers d'une glorification de « Pasteur », mais aussi par un travail continu de traduction des problèmes et de recrutement, cette fois-ci des médecins. Pour l'illustrer, Latour mobilise la revue *Le Concours médical*, une feuille corporatiste du XIX<sup>e</sup> siècle, d'abord largement hostile à Pasteur et à ses disciples, qui, finalement, parlera de « l'illustre Pasteur » dans son édition du 23 mars 1895. Pour parvenir à ce résultat, le produit vaccinal a été lentement déplacé de l'Institut Pasteur au cabinet. Cela s'est surtout traduit par la redéfinition de la vaccination comme un acte médical et par l'introduction de matériels de bactériologie dans les cabinets. Progressivement, Pasteur est élevé comme saint patron de la médecine, tant et si bien que, lorsque les hygiénistes disparaîtront, ce furent les médecins qui reprirent leur rôle de promotion de la vaccination : « l'hygiène disparaît comme acteur, remplacée peu à peu par la Médecine et les médecins »<sup>35</sup>. A l'auteur de préciser du même coup : « il n'y a plus de discussions »<sup>36</sup>. L'hygiène disparaîtra ensuite progressivement du vocabulaire sanitaire pour évoluer vers ce que nous appelons la « santé publique », une science dont l'objectif est, grossièrement, de prévenir les maladies et de promouvoir la santé<sup>37</sup>.

Cette santé publique, ou hygiène, trouve alors son accomplissement dans la vaccination dans son combat contre les maladies infectieuses. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que la vaccination est devenue un « point de passage obligé » de cette hygiène, tant et si bien qu'aucun autre moyen n'est envisagé en matière de prévention des infections. Il y a une perte « d'imagination » à propos de l'éventail de solutions à apporter à ces problèmes<sup>38</sup>. Une bonne illustration de cela est le travail d'Alexandre Yersin, un médecin pasteurien, sur la peste

---

<sup>34</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 219

<sup>36</sup> *Ibidem*

<sup>37</sup> *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D. et Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010

<sup>38</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

bubonique de Hong Kong de 1894. Celui-ci, dans son étude, n'accorda que peu d'importance aux facteurs macroscopiques de l'épidémie et insista, au contraire, sur toutes les raisons permettant de justifier le recours à la vaccination : « dans chaque acteur, il ne prend que ce qui peut le lier le long d'un passage obligé qui le mène, par étapes forcées, à la vaccination »<sup>39</sup>. On constate bien ici le processus de verrouillage décrit par Barthe et qui aboutit à restreindre fortement le choix des possibles pour le réduire à une solution inévitable, dans ce cas-ci, la vaccination.

## 2. Un vaccin marginalisé dans la « tradition clinique paternaliste »

Il existe deux façons d'appréhender ce qu'est la « tradition clinique ». La première, que nous avons déjà évoquée, s'illustre dans le fonctionnement, traditionnel dirons-nous, du « colloque singulier », c'est-à-dire de la relation entre le médecin et le patient. Celle-ci se justifierait par un accès très inégal à l'information médicale ainsi que par une figure du patient vu comme « incompetent sur son bien-être »<sup>40</sup>. C'est cet état de fait qui légitime le fait que le patient soit laissé à l'écart du choix de la thérapeutique et ne soit pas systématiquement mis au courant de ses conséquences. Une bonne définition de cette vision du colloque singulier est donnée par le député UDF Jean-François Mattei en 2001 lorsque, justement, il défendait cette conception : le médecin détient une compétence tandis que le patient exprime un besoin. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce qu'Henri Bergeron nomme la « boîte noire du colloque singulier »<sup>41</sup> : premièrement le type de pathologie qui, selon sa gravité, encourage à plus ou moins de paternalisme ; il y a également le type du « client » dont le niveau d'étude peut grandement déterminer la bonne ou mauvaise compréhension des énoncés ; il y a enfin le type de praticien, selon qu'il ait une relation épisodique (médecin spécialiste) ou régulière (médecin traitant) avec le patient. La rétention d'information est donc au cœur de la relation médicale<sup>42</sup>. Or, l'information étant un axiome de la décision, cette situation de « tradition clinique » est ce qui justifie qu'on impose des décisions de santé aux patients, par exemple des vaccinations obligatoires. De plus, comme le rappelle Sylvie Fainzang, la rétention d'information n'est pas

---

<sup>39</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984, p. 162

<sup>40</sup> Jaunait A., *op. cit.*

<sup>41</sup> Bertrand A. et Torny D., *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale*, rapport CERMES, 2004

<sup>42</sup> Fainzang S., « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. », *Les Tribunes de la santé*, 2/2014 (n° 43), p. 47-52

le seul apanage des médecins et peut venir du patient, par exemple des comportements à risque peu avouables<sup>43</sup>.

La seconde façon de voir la « tradition clinique » est intimement liée à un aspect de la première, à savoir le monopole de la décision médicale par le médecin. Par là-même, ce monopole se traduit logiquement, toujours dans le cadre du paternalisme médical, par le choix de la thérapeutique dans le traitement d'une affection quelconque. Or, comme le souligna Aquilino Morelle lorsqu'il fit le bilan de la santé publique, le médecin est fortement attaché à sa posture « salvatrice » : « La santé publique n'exalte pas les vertus salvatrices du médecin. [...] De cet attachement viscéral, presque acharné, à une dimension unique de la médecine et du mépris de la santé publique qui est son corollaire, témoigne la crispation douloureuse de la société médicale sur la question de l'exercice libéral »<sup>44</sup>. Il existe en effet un paradigme du soin qui n'a eu de cesse d'être alimenté, tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, par cette « tradition clinique » ainsi que par les progrès technologiques. Ces derniers, souvent spectaculaires, ont fait passer la dimension préventive de la santé publique, victime de son succès, au second plan : « Les bénéfices de l'asepsie ou même de la vaccination sont moins télévisuels qu'une greffe de visage »<sup>45</sup>. Certes, la vaccination fut construite comme « point de passage obligé » de l'hygiène, mais l'hygiène elle-même souffrait d'un manque d'intérêt des politiques publiques et des médecins qui préférait alors se concentrer sur les mérites de l'appareil thérapeutique. Ce qu'il est important de rappeler, c'est que les obligations vaccinales ne s'appliquent pas seulement aux patients mais aussi aux médecins. Ainsi, elles permettraient de passer outre cette préférence pour le curatif en imposant un recours du préventif. Cependant, Didier Tabuteau qualifiera de « Victoire à la Pyrrhus des hygiénistes » la loi de santé publique du 15 février 1902 qui institua la première obligation vaccinale en France, celle contre la variole. Ce texte souffrait d'un manque de lisibilité et d'indications pratiques, suscitant peu d'intérêt de la part de l'opinion, s'expliquant surtout par le fait qu'elle s'inscrivit après les grandes flambées épidémiques du XIX<sup>e</sup> siècle, soit hors d'un contexte d'urgence sanitaire. L'obligation vaccinale n'est alors élevée que comme un service minimum en faveur de la prévention, là où était nécessaire un changement de paradigme médical. Il faudra attendre l'épidémie de Sida et l'affaire du sang

---

<sup>43</sup> *Ibidem*

<sup>44</sup> Morelle A., *La défaite de la santé publique*, Flammarion, 1996

<sup>45</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013, p. 58

contaminé pour faire « voler en éclat » les certitudes autour de l'appareil thérapeutique<sup>46</sup>, permettant alors un renouveau de la prévention au sein du système de santé.

### 3. Une santé publique de plus en plus isolée

Outre l'écart de capital symbolique entre le médecin et son patient, il y a également le fonctionnement de la médecine comme science qui n'invite pas à la discutabilité des énoncés. En effet, celle-ci, à l'instar des autres sciences<sup>47</sup>, s'est autonomisée en se coupant des profanes. Si, aujourd'hui, les associations de malades et d'usagers contribuent aux définitions des objectifs de santé et aux choix des thérapeutiques, cet état de fait est relativement récent puisqu'il remonte à l'épidémie de Sida, soit aux années 1970-1980. Ainsi, l'indiscutabilité de la vaccination tiendrait de celle, non plus des médecins, mais surtout de la médecine. A noter que cet éloignement constitue plus une conséquence qu'un moteur du verrouillage de la vaccination. Néanmoins, il me paraît important d'y revenir du fait qu'il contribue à la consolidation de la boîte noire de la vaccination.

Selon plusieurs auteurs en philosophie et en sociologie des sciences, le travail scientifique s'est construit en parallèle de « la disqualification de l'opinion », jugée irrationnelle car ne répondant pas aux règles du jeu scientifique<sup>48</sup>. Parmi eux, on compte notamment Gaston Bachelard qui jugeait cette étape comme un « prérequis », ou Auguste Comte qui estimait que l'opinion publique avait toujours tort car n'exprimant pas la raison. De fait, la communauté scientifique s'est peu à peu séparée des profanes et des amateurs par le recours à des instruments et à un langage de plus en plus complexes<sup>49</sup>. C'est d'ailleurs en raison de cette complexité que certains députés ont mis en garde contre l'accès à l'information des patients lors des débats sur la loi Kouchner, craignant que cela ne donne lieu à nombre de malentendus pouvant nuire aux soins. On en revient au modèle paternaliste de la science médicale dans lequel le terme de patient prend tout son sens : un individu patient, donc inactif, se contentant de subir. C'est d'ailleurs pour aller à l'encontre de ce terme que la loi du 4 mars 2002 introduira la notion « d'utilisateur ».

---

<sup>46</sup> *Ibidem*

<sup>47</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Seuil, 2001

<sup>48</sup> Bensaude-Vincent B., *L'opinion publique et la science : à chacun son ignorance*, La Découverte, 2000

<sup>49</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

De même, en tant que science, la médecine a construit subjectivement une frontière entre les connaissances légitimes ou non<sup>50</sup>. Cette frontière est particulièrement visible dans le conflit qui oppose la médecine académique et celles dites parallèles ou l'automédication. D'ailleurs, ces affrontements sont intéressants à observer car l'une des pommes de discorde se situe dans l'hégémonie de la vaccination dans le domaine de l'immunisation, en d'autres termes, sur le « verrouillage » de la vaccination. En effet, l'homéopathie, qui compte parmi les médecines parallèles, propose des moyens alternatifs, et supposément sans risque, afin de se prémunir contre les maladies infectieuses concernées par la vaccination. Sans s'attarder sur la validité ou non de cette prétention, ces pratiques relèvent de comportements déviants aux yeux de ceux qui font appliquer les normes sanitaires, ici le Conseil de l'Ordre, à qui il est arrivé d'user de son pouvoir disciplinaire contre ceux qui y contreviennent. L'exemple le plus récent est celui du docteur Henri Joyeux qui, après avoir lancé une pétition mettant en cause la vaccination, fit l'objet d'une procédure disciplinaire qui aboutit à sa radiation, effective à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016<sup>51</sup>.

On constate donc que la médecine comme science s'est peu à peu enfermée dans une position dogmatique, se coupant des profanes (ressenti des patients), mais aussi du terrain. Contrairement à Pasteur qui « sortait du laboratoire » pour enrôler des alliés<sup>52</sup>, le verrouillage de la boîte noire s'est accompagné d'un abandon plus ou moins absolu du travail d'intéressement nécessaire à l'acceptation sociale, de coordination entre science et configuration sociale<sup>53</sup>. Le souci inhérent à cela est que, lorsque la boîte noire est ouverte, ce défaut d'information et d'intéressement apparaît de façon flagrante et nuit donc à la couverture vaccinale, tel que le souligne Sandrine Hurel dans son rapport : « L'adhésion aux vaccins ne doit pas être considérée comme acquise. »

A cela s'ajoute le fait que la médecine se coupe peu à peu des médecins dans le sens où la spécialisation et la technicisation de certaines sciences, dont l'immunologie, conduit à des situations où les praticiens eux-mêmes estiment ne pas être capables d'expliquer certains principes, par exemple la vaccination<sup>54</sup> qui n'occuperait qu'environ deux heures de cours sur

---

<sup>50</sup> Veitl P., « A quoi pensent les experts ? Paroles d'experts et paroles sur l'expertise », in *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Laurence Dumoulin, Stéphane La Branche, Cécile Robert, Philippe Warin (dir.), PUG, 2005, p. 15-35

<sup>51</sup> « Le professeur Henri Joyeux radié de l'Ordre des Médecins », francetvinfo.fr, mis-à-jour le 11/07/2016

<sup>52</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

<sup>53</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

<sup>54</sup> Gozlan M., Ratel H. et Riou-Milliot S., « La vérité sur les vaccins », *Sciences et avenir*, n°826, décembre 2015

les huit années de cursus pour un généraliste ! Ils deviennent de simples vecteurs de la vaccination. Cela s'explique par la formation que suivent les étudiants en médecine qui « est trop tournée vers l'académisme »<sup>55</sup>, et qui est, au final, peu professionnalisante.

Ainsi se creuse de plus en plus ce que Bernadette Bensaude-Vincent qualifie de « fossé grandissant », une technicisation continue qui couperait et éloignerait l'opinion, la *doxa*, de la science, l'*épistémê*<sup>56</sup>. Selon l'auteur, cette situation est à la fois une menace pour la démocratie, car elle encourage un glissement vers la technocratie, mais aussi pour l'avenir des sciences dans le sens où une moindre compréhension des sciences signifie généralement « un regain de superstition, d'irrationalisme »<sup>57</sup>. Il est d'ailleurs intéressant de noter que Bensaude-Vincent cite en exemple, pour illustrer ce dernier point, « le succès des médecines douces »<sup>58</sup>. La démocratie sanitaire dont il sera question plus tard porte donc des enjeux forts à la fois pour la bonne santé de la démocratie, mais également pour celle de la population.

## B) Le verrouillage juridique

### 1. Une médecine autorégulatrice

L'indiscutabilité de la vaccination passe donc par un processus de verrouillage technique conduisant à la présenter, aux yeux des décideurs politiques, comme l'unique solution acceptable. Cependant, il ne faut pas pour autant négliger le poids de la décision politique dans la conduite des politiques sanitaires au risque de tomber dans le constat de la technocratie. Par le travail des pasteuriens, il est possible de voir que l'orientation vers la vaccination, au travers de l'expertise bactériologique, est éminemment politique. Science et politique sont intimement liées ensemble et ce, au sein des arènes politiques. Dans ces dernières se rencontrent le décideur, en quête d'argument qu'est susceptible de lui fournir la technique, et le scientifique qui doit régulièrement y défendre des technologies<sup>59</sup>. En matière sanitaire, ces deux types d'acteurs se confondent aisément, faisant que la médecine est une discipline hautement autorégulatrice.

---

<sup>55</sup> *Le bulletin de l'Ordre national des médecins*, n°42, jan.-fév. 2016

<sup>56</sup> Bensaude-Vincent B., *op. cit.*

<sup>57</sup> *Ibidem*

<sup>58</sup> *Ibidem*

<sup>59</sup> Barthe Y. et Lemieux C., « Les risques collectifs sous le regard des sciences du politique », *Politix*, n°44, 1998

En effet, la profession médicale est, historiquement, opposée à la volonté régulatrice de l'Etat. Cela passe à la fois par un très fort esprit corporatiste, qui trouve son incarnation dans l'Ordre des médecins, ainsi que par une action de lobbying parlementaire important. Sans revenir sur l'histoire de la place des médecins dans l'Etat<sup>60</sup>, il faut savoir qu'ils ont été, et sont encore, très présents au Parlement<sup>61</sup> et orientent les politiques de santé de telle façon que Didier Tabuteau parle même de « délégation au corps médical ». Il est alors possible de faire un parallèle entre le système représentatif et le colloque singulier en les plaçant tous deux au sein de la tradition clinique. Par ailleurs, dans les débats qui entourent ce qui deviendra de la loi du 4 mars 2002, il est notable de voir que ce sont presque exclusivement des médecins qui participent<sup>62</sup>. Claude Évin commenta même : « Nos collègues médecins – les plus nombreux à s'exprimer sur le droit des malades ! »<sup>63</sup>. De plus, la délégation forte des questions de santé aux médecins s'observe aussi au travers de l'Ordre des médecins, organe datant de 1941, et offrant à ceux-ci un « pouvoir administratif et juridictionnel majeur »<sup>64</sup>. Ce pouvoir, seulement tempéré par un contrôle en cassation par le Conseil d'Etat, a rendu tardive la création d'une administration de la santé<sup>65</sup>, faisant que la pratique médicale fut, pendant un certain temps, régie par le Code de déontologie émis par l'Ordre des médecins. Encore aujourd'hui, cette volonté d'autorégulation se constate. Par exemple, lors du deuxième Congrès de l'Ordre des médecins, en octobre 2015, Patrick Bouet, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, déclarait que « Notre profession a un rôle prépondérant à jouer dans la construction du système de santé de demain ». De même, sur la question plus spécifique des vaccinations, la discipline entend peser sur les choix politiques. En atteste le communiqué que l'Académie nationale de Médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins ont publié et où il est recommandé aux pouvoirs publics « de ne pas remettre en cause le principe de l'obligation vaccinale »<sup>66</sup>.

Il existe donc un verrou juridique en sus du verrou scientifique et qui se lit au travers d'une réglementation médicale. Cette réglementation reste toutefois endogène dans le sens où les questions de santé restent majoritairement aux mains de la Médecine et, de fait, ne parvient

---

<sup>60</sup> Voir sur le sujet le livre de Patrick Hassenteufel intitulé *Les Médecins face à l'Etat*.

<sup>61</sup> Aujourd'hui encore, ils restent l'une des catégories socio-professionnelles les plus représentées (chiffres tirés du site [assemblee-nationale.fr](http://assemblee-nationale.fr))

<sup>62</sup> Il faut noter que les rares intervenants non-médecins, telle Muguette Jacquaint (députée PC), précisaient avant de s'exprimer qu'ils n'étaient pas médecins et s'exprimaient donc en tant qu'usagers.

<sup>63</sup> 2<sup>ème</sup> séance du mercredi 3 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>64</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>65</sup> *Ibidem*

<sup>66</sup> Annexe 1

pas à contrebalancer la tradition clinique paternaliste. Cependant, au-delà des textes, la vaccination trouve également sa place au sein d'un principe de la doctrine juridique, à savoir l'ordre public.

## 2. Le vaccin au cœur de la santé publique et de l'ordre public sanitaire

L'ordre public sanitaire peut se définir comme l'ensemble des instruments qui permettent « à l'Etat de protéger la société contre les désordres ayant leurs origines dans des facteurs sanitaires »<sup>67</sup>. Il trouve son fondement dans « L'obligation de sécurité » qui est l'un des premiers impératifs du pouvoir<sup>68</sup>. A ce titre, l'Etat se rend capable d'imposer des pratiques, ici la vaccination : « La santé publique emprunte fréquemment les instruments de l'ordre public, et particulièrement la réglementation et la contrainte individuelle de police, destinées à prévenir ou à faire cesser des situations préjudiciables à la santé des personnes par la régulation des droits et des libertés publique »<sup>69</sup>. L'ordre public sanitaire constitue donc ce qui, du point de vue de la doctrine juridique, légitime les obligations vaccinales.

L'ordre public justifie donc une santé publique et par-là même, justifie des entraves nécessaires à son respect. Cependant, il ne faut pas voir cette impérativité comme opposée mais au contraire comme consubstantielle à la liberté dans le sens où ce sont tous ces dispositifs, plus ou moins contraignants, qui garantissent la vie en communauté. Ainsi, il est faux de parler « [d']autoritarisme sanitaire » pour qualifier les mesures coercitives mises en place par les pouvoirs publics. Il est plus adéquat de placer ces obligations dans des rapports de droits et de devoirs que l'Etat et ses administrés qui ont tous deux pour objectif la santé publique. De fait, la santé publique est certes impérative, mais elle exige aussi bien l'obéissance des citoyens que celle de l'Etat.

En plus de fonder une médecine et une science moderne, la révolution pasteurienne a aussi mis en évidence l'importance du milieu dans la contagion. C'est ce point qui a fait basculer la santé du statut de bien privé à celui de bien collectif, initiant alors l'idée d'une solidarité dans la santé et donc de politiques publiques dans ce sens : le pauvre était sans droit mais le pauvre

---

<sup>67</sup> J.-M. Auby, « Droits de l'homme et droit de la santé en particulier dans le régime des services publics sanitaires », in *Mélanges CHARLIER*, 1981, p. 673-685

<sup>68</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>69</sup> *Ibidem*, p. 17

contagieux devait être aidé<sup>70</sup>. De fait, la contagion fut élevée, toujours par les hygiénistes, comme un facteur de désordre et de « dilution des solidarités sociales »<sup>71</sup>, propre à menacer l'ordre public, et pas seulement sanitaire. Par ricochet, la santé publique s'impose comme « intérêt général dominant », d'où l'ordre public sanitaire. En France, l'ordre public sanitaire est introduit par la loi de santé publique du 15 février 1902 qui institue l'obligation vaccinale (contre la variole), ainsi que l'obligation pour les médecins de déclarer certaines pathologies<sup>72,73</sup>. C'est avec ce texte qu'est fixée dans la loi « la supériorité du principe de santé publique »<sup>74</sup>. Par la suite, l'Etat est amené à modifier son mode de fonctionnement en pénétrant dans de nouveaux domaines, en procédant à davantage d'interventionnisme. C'est à ce titre qu'en 1904, un arrêt du Conseil d'Etat retirait leurs compétences de réglementation sanitaire aux mairies et qu'en 1920 est créé le premier ministère de la Santé.

Au droit *de* la santé qui apparaît alors s'ajoute également un droit *à* la santé. Un droit à la santé qui s'interprète comme un droit-créance que les individus peuvent opposer à l'Etat, principal acteur de sa sauvegarde<sup>75</sup>. On le remarque dans l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 :

« Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

Ainsi que dans l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ».

Les obligations vaccinales trouvent donc leur fondement, ainsi que leur légitimité dans l'ordre public sanitaire, instrument au service des impératifs de santé publique de l'Etat. Leur indiscutabilité peut donc se traduire par l'incapacité des citoyens à pouvoir lui opposer leurs libertés individuelles. En effet, l'ordre public sanitaire s'impose comme une « norme créatrice d'un droit exorbitant »<sup>76</sup>, c'est-à-dire que le prétexte sanitaire peut prévaloir sur tous les autres intérêts. Une bonne illustration à cela est la capacité à l'administration à interdire l'entrée en

---

<sup>70</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

<sup>71</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>72</sup> *Ibidem*

<sup>73</sup> Stéphanie Renard précise que le principe de police sanitaire date de bien plus longtemps que ça (par exemple les épisodes de quarantaine au Moyen-Age), mais que c'est la première fois qu'il est employé au nom de la santé publique.

<sup>74</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>75</sup> *Ibidem*

<sup>76</sup> *Ibidem*

scolarité d'un enfant (pourtant reconnue comme un droit fondamental) si ce dernier n'est pas à jour dans ses vaccinations<sup>77</sup>. Mais, ce qu'il est intéressant de noter, c'est que l'ordre public sanitaire justifie également des entorses à la démocratie même. Par exemple, bien qu'il n'ait pas abouti, l'amendement Fanton de 1964 est parlant puisqu'il prévoyait de punir toute propagande anti-vaccinale au nom de la santé publique.

Les obligations vaccinales s'inscrivent donc dans le combat pour la santé publique de l'Etat, c'est-à-dire dans le cadre de l'ordre public sanitaire. Suivant cela, elles ont été exclues de la discussion : « jusqu'à une époque récente, l'Etat n'a pas jugé bon de donner d'explications sur les motifs, les buts et les conséquences de ses actions de santé publique »<sup>78</sup>. Toutefois, cette indiscutabilité a été remise en balance par le concept de sécurité sanitaire comme nous le verrons plus tard.

## **II- Les limites de l'indiscutabilité vaccinale**

Nous l'avons vu, les obligations vaccinales s'inscrivent dans une « boîte noire » et, à ce titre, profitent de verrous scientifiques et juridiques. Ces derniers trouvent un écho régulier dans le paternalisme médical qui favorise, entre autres, l'option curative (au détriment de la prévention) ainsi que la délégation des questions publiques de santé aux médecins. Ces deux états de faits ont conduit à ne voir la médecine qu'au travers des yeux du praticien, au détriment du ressenti, voire de la santé des patients. Si cette indiscutabilité a permis, au moyen des obligations vaccinales par exemple, de diffuser et de banaliser des pratiques sanitaires, contribuant à suivre bon gré mal gré les objectifs de santé publique, elle a en contrepartie provoqué ce qu'Aquilino Morelle a appelé la « faillite de la santé publique ».

Les limites qui découlent de l'indiscutabilité de la vaccination, et plus globalement de la médecine, peuvent s'observer quand on fait le bilan de la santé publique à l'aube des grandes révolutions provoquées par cette dite-faillite (B. et C.). Mais outre cela, on appréhende d'autant mieux ce qu'impliquent ces limites lorsque l'on se penche sur les résultats de certaines tentatives des pouvoirs publics pour rendre ces objets sinon discutables, au moins plus accessibles pour les profanes (A.)

---

<sup>77</sup> CE, Ass., 4 juillet 1958, Sieur Graff, n°41.841

<sup>78</sup> Renard S., *op. cit.*, p. 328-329

## A) Des tentatives de discutabilité perfectibles

Pour reprendre Bernadette Bensaude-Vincent, le « fossé grandissant » n'est pas quelque chose d'irréversible, pour peu que l'opinion soit « embrigadée » dans la science, pour peu que le patient soit impliqué dans la médecine. Pour donner une image, on peut dire que pour faire en sorte qu'un objet soit discutable, il est nécessaire de fabriquer un interlocuteur<sup>79</sup>, ce qui n'est pas toujours évident. Cette idée de faire participer l'utilisateur dans les questions de santé n'est pas née avec la loi du 4 mars 2002 mais s'est développée, comme nous le verrons plus tard, dans la continuité de l'affaire du sang contaminé, notamment dans les années 1990. On le constate dans le rapport général du HCSP de 1994 qui déclarait qu'une partie de la « mortalité évitable » était fonction des comportements individuels et collectifs et que, pour les modifier, il était nécessaire d'impliquer les usagers dans les politiques de santé.

C'est dans cette optique qu'ont été développés des dispositifs participatifs, mettant en relation tous les acteurs du système de santé, usagers y compris, telles que les Conférences nationales et régionales de santé (respectivement CNS et CRS). Celles-ci, créées par décret en 1996, devaient être des lieux d'expression des usagers qui participaient ainsi à l'élaboration des Plans nationaux et régionaux de santé (respectivement PNS et PRS), c'est-à-dire à la définition des objectifs et priorités du système de santé. Or, bien que les conférences régionales aient connu plus de succès que les nationales, il s'est avéré que la participation des citoyens est restée marginale<sup>80</sup>. Cette dernière fut restreinte à un « public d'initiés » composé d'usagers engagés dans les questions de santé ou de professionnels. Cela s'explique par un fonctionnement très protocolaire et un difficile accès à l'information<sup>81</sup>. On retrouve ces mêmes problèmes dans l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 2<sup>e</sup> génération (SROS II), mis en place en 1998 et qui devait permettre à l'utilisateur de jouer le rôle d'arbitre dans la formulation de recommandations par des groupes techniques<sup>82</sup>. Si elle a été jugée utile, la procédure des SROS II est restée au stade expérimental (« réalisée dans seulement sept régions »<sup>83</sup>) car souffrant d'un manque de lisibilité et de définition de son rôle<sup>84</sup>. Ces démarches en faveur d'une

---

<sup>79</sup> Il faut entendre ici un interlocuteur « autorisé », excluant donc, dans le cas qui nous intéresse, les anti-vaccins.

<sup>80</sup> Bréchat P.-H., Bérard A., Magnin-Feysot C., Segouin C. et Bertrand D., « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », *Santé publique*, 2/2006 (Vol. 18), p. 245-262

<sup>81</sup> *Ibidem*

<sup>82</sup> Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998

<sup>83</sup> Bréchat P.-H., Bérard A., Magnin-Feysot C., Segouin C. et Bertrand D., *op. cit.*

<sup>84</sup> *Ibidem*

participation des usagers se sont, au final, avérées positives dans le sens où ces derniers ont su prouver leur intérêt pour les questions de santé et ainsi se faire voir comme un possible « contre-pouvoir » au corporatisme des médecins. Cette impression sera d'ailleurs confirmée par les conclusions des Etats généraux de la santé<sup>85</sup>. Toutefois, ces démarches se sont révélées insuffisantes pour modifier les comportements.

Dans le domaine des vaccins, on retrouve un autre exemple de tentative de rapprochement entre la science et le public dans le calendrier vaccinal. Il s'agit d'un avis produit par le Comité technique des vaccinations (CTV) qui rassemble des informations diverses (données épidémiologiques, régimes d'obligation ou de recommandation, coûts, etc.) sur les différentes vaccinations. Initialement prévu comme un document au service de l'information des usagers, le calendrier vaccinal n'a cessé de se complexifier, perdant ainsi de son utilité : « le calendrier vaccinal n'est plus ce qu'il a pu constituer dans le passé, un instrument d'information au service du grand public, mais avant tout un outil à destination des généralistes et des pédiatres »<sup>86</sup>. Dans son rapport sur la politique vaccinale, la Cour des comptes s'appuie sur la composition de ce calendrier pour illustrer cette complexité croissante : « Le calendrier vaccinal comportait deux ou trois pages de 1986 à 2000. Il en comptait cinquante-deux en 2010 »<sup>87</sup>.

Au travers de ces deux exemples, le calendrier vaccinal et les démarches de participation des usagers au fonctionnement du système de santé, on constate que, bien que des efforts aient été faits, la médecine peine à se mettre à portée des profanes. C'est le constat de cette distance et de ses conséquences sur le système de santé qui motiva notamment le développement de la démocratie sanitaire.

---

<sup>85</sup> Caniard E. et Brückner G., « Etats généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualités et dossier en santé publique*, n°27, juin 1999

<sup>86</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012, p. 70

<sup>87</sup> *Ibidem*, p. 69

## B) Une santé publique affaiblie

### 1. La prévention, angle mort du système de santé

L'un des principaux problèmes qu'apporte le paternalisme médical, comme nous l'avons vu, est la très forte préférence donnée aux méthodes de soins plutôt qu'aux pratiques de prévention. En effet, malgré la loi de 1902 mentionnée précédemment, la prévention garda un rôle de second plan dans l'exercice de la santé publique en France, dans le sens où elle se limite à un service minimum et n'a pas su instaurer une « culture de santé publique »<sup>88</sup>. Au contraire, il a subsisté dans l'inconscient collectif, l'idée que le soin et le médicament constituaient « l'indispensable conclusion symbolique de la rencontre entre le médecin et le patient »<sup>89</sup>. Cela est imputable à la tradition clinique mais pas seulement. Au niveau des structures, il exista également quelques préjugés sur l'idée de prévention, notamment le fait qu'elle était associée à des pays en situation épidémiologique inquiétante, c'est-à-dire que la prévention était vue comme une médecine de pays pauvres, en opposition à celle des pays riches qui peuvent se permettre de se reposer sur une consommation de soins<sup>90</sup>. Cela s'est répercuté sur l'administration sanitaire qui n'a pas su valoriser la prévention. La médecine scolaire est un excellent exemple pour illustrer cela car elle souffrit, pendant longtemps, d'un manque de moyens financiers et humains important<sup>91</sup>.

Un autre exemple du défaut de prévention dans le système de santé français fut le peu de considération accordé aux risques iatrogènes. Du fait que les décisions de santé furent à l'initiative seule des médecins (« tradition clinique »), il y a eu une euphémisation des risques liés à ces décisions, les risques iatrogènes. En effet, ces derniers sont, de la part des praticiens, acceptés car reconnus comme inhérents à la pratique médicale et probabilisés. Cette acceptation des risques se voit notamment dans le régime d'indemnisation des affections iatrogènes. Avant la loi du 4 mars 2002, le droit à la réparation n'était accordé qu'en cas de faute du praticien, faute qui souffrait d'ailleurs d'un manque de définition claire de la part du juge administratif<sup>92</sup>. Cependant, cette acceptation des risques était unilatérale. Cette vision tendait à la

---

<sup>88</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>89</sup> *Ibidem*, p. 57

<sup>90</sup> Steudler F., « Structures hospitalières, pratique libérale et prévention », *Le Monde diplomatique*, mars 1975

<sup>91</sup> *Ibidem*

<sup>92</sup> Renard S., *op. cit.*

systematisation de certaines pratiques, ce qu'on remarque dans les vaccinations obligatoires, et occulte le fait que la décision sanitaire comporte une forte composante émotionnelle et psychologique<sup>93</sup>, ce qui rend, du même coup, les catastrophes sanitaires d'autant plus spectaculaires.

On remarque donc que l'indiscutabilité, qui s'exprime par une médecine verrouillée qui détermine elle-même les problèmes à traiter et les solutions à apporter, comporte plusieurs limites qui seront mis au jour avec l'affaire du sang contaminé. Tout d'abord, l'arbitraire de la décision, couplée à l'idée de ne pas avoir de prises sur sa propre santé produit de la défiance. Ensuite, l'aveuglement de la décision sanitaire se traduit aussi par le non-recours au principe de précaution, ce qui est fortement dommageable dans le cas de pathologies émergentes, par exemple celle du Sida dans les années 1970-1980. C'est en effet le recours systématique aux produits sanguins, alors que des risques d'infection sont connus grâce à des moyens de dépistage, qui a provoqué le scandale du sang contaminé en grande partie. Tout cela a conduit à une baisse de la confiance dans le système de santé, ce à quoi les démarches de démocratie sanitaire tenteront par la suite de remédier. On peut remarquer les effets de cette baisse de confiance dans le suivi des objectifs de santé publique fixés par les autorités.

## 2. L'échec des objectifs de santé publique

Dans son rapport portant sur la politique vaccinale, publié en 2012, la Cour des comptes revient dès le chapitre 1 sur les 100 objectifs mis en place par la loi de santé publique du 9 août 2004. Parmi eux, deux concernaient les vaccinations : l'objectif 39 qui prévoyait une couverture à 75% pour le vaccin contre la grippe épidémique et l'objectif 42 qui prévoyait lui une couverture à 95% pour les vaccins à destination de la population générale (obligatoires et recommandés). L'un comme l'autre, ces deux objectifs ont abouti à des échecs, leurs résultats étant qualifiés de « médiocres » par ledit rapport. Même les chiffres relatifs aux vaccinations obligatoires, dont les taux de couverture paraissent correspondre aux seuils d'immunité grégaire, sont relativisés. La faute à une méthode de calcul des couvertures vaccinales se reposant sur le nombre de vaccins vendus<sup>94</sup>. Or, un vaccin vendu ne signifie pas forcément un

---

<sup>93</sup> Tabuteau, D., « La décision sanitaire », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Bras P.-L., de Pouvourville G., Tabuteau D. (dir.), Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection », 2009, p. 326-336

<sup>94</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

vaccin inoculé. A cela s'ajoute, dans un contexte plus global, l'échec de l'objectif fixé par l'OMS dans le cadre du Plan élargi de vaccination (PEV) de 1974, de faire vacciner tous les enfants du monde à l'horizon 1990. Or, en 1995, près de neuf millions d'enfants mourraient encore de maladies infectieuses<sup>95</sup>.

Que ce soit dans un cadre mondial ou dans le cas plus particulier de la France, les objectifs de couverture vaccinale ne sont pas respectés. On en revient encore au problème du paternalisme médical et de son corollaire : l'isolation de la médecine. En effet, pour nombre d'observateurs, c'est la césure qui existe entre la discipline et la réalité du terrain qui est à la source des politiques inadaptées ou trop ambitieuses<sup>96</sup>. Par exemple, la loi du 9 août 2004 englobait pêle-mêle toutes les vaccinations en population générale dans un seul et même objectif, négligeant les spécificités propres à chaque pathologie ainsi que les réalités épidémiologiques. Selon la Cour des comptes, c'est ce manque de spécificité qui est à provoqué les résultats médiocres<sup>97</sup>. Pour illustrer les disparités qui peuvent exister entre deux pathologies infectieuses, elle présente dans son rapport les différents taux de reproduction intrinsèque (rassemblés dans la figure suivante), nommé  $R_0$ , et qui correspond au nombre de cas secondaires qu'un cas unique dans une population est capable de contaminer. Ce taux est calculé par le CTV en prenant en compte, à la fois les caractéristiques propres à l'agent pathogène et les caractéristiques sociodémographiques de la population dans laquelle il évolue. On constate qu'il existe bel et bien de fortes disparités parmi des pathologies qui partageaient pourtant des objectifs communs à 95% de couverture.

---

<sup>95</sup> Hannoun C., *La vaccination*, Paris, PUF, 1999, p.5

<sup>96</sup> Beigbeder Y., *L'organisation mondiale de la santé*, Paris PUF, 1997

<sup>97</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

**Figure 1 : Taux de couverture nécessaires pour éviter les flambées épidémiques**

	$R_0$	% de population à vacciner <sup>98</sup>
Rougeole	15 à 17	93 à 95
Coqueluche	15 à 17	93 à 95
Varicelle	10 à 12	90 à 92
Oreillons	10 à 12	90 à 92
Rubéole	7 à 8	87
Diphtérie	5 à 6	83
Poliomyélite	5 à 6	83
Variole	4 à 7	75 à 87
Hib	1 à 2	50 à 95
Hépatite B	1 à 8	10 à 90
Grippe	2 à 4	50 à 75

Sources : Comité technique des vaccinations et Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Un bon exemple du manque de pertinence des politiques vaccinales conduisant à un échec des objectifs de santé publique est celui de la campagne de vaccination anti-hépatite B orchestrée entre les années 1993 et 1998. Premièrement, lorsque l'on regarde le tableau, on constate que le pourcentage souhaité est compris dans une large fourchette, entre 10 et 90%. Cela s'explique selon que l'on considère le taux de reproduction intrinsèque en population générale, alors faible (environ 1), ou celui en population à risque (personnes ayant des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, drogués ou voyageurs dans des zones où la maladie est endémique), plus élevé. Cependant, malgré ce risque relativement faible de flambée épidémique, il y eu en France une campagne massive (près de 20 millions de vaccinés en 1997) ayant à l'appui une communication reconnue *a posteriori* comme « alarmiste » car exagérant fortement sur le nombre de victimes et les modes de transmission (un simple baiser fut désigné comme permettant la contagion)<sup>99</sup>. Cette sur-dramatisation de la maladie s'explique par une « volonté de faire peur » afin de forcer une acceptation sociale du vaccin, stratégie qui sera par

<sup>98</sup> La proportion de la population à vacciner se détermine par l'application de la formule  $p > 1 - 1/R_0$

<sup>99</sup> Pillayre H, « Les victimes confrontées à l'incertitude scientifique et à sa traduction juridique : le cas du vaccin contre l'hépatite B. », *Droit et société*, 1/2014 (n° 86), p. 33-53

la suite vivement critiquée dans un rapport de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale présenté par Philippe Nauche en 2001, ainsi que par l'OMS<sup>100</sup>. Cette inadéquation de la politique vaccinale avec la réalité du terrain a renforcé la méfiance que les Français pouvaient avoir envers les vaccins, faisant qu'aujourd'hui, le taux de couverture contre l'hépatite B est « encore éloigné de celui des pays voisins »<sup>101</sup>.

Au travers de ces exemples, on constate que les objectifs de santé publique pâtissent de l'indiscutabilité induite par le paternalisme médical, soit en faisant en sorte qu'ils soient trop ambitieux, soit en produisant des sentiments de rejet, comme dans le cas de l'hépatite B. Il faut cependant replacer ces phénomènes de rejet comme étant le fruit de situations de crises auxquelles fut confrontée la santé publique et où, là encore, le paternalisme médical n'est pas étranger.

### C) Une santé publique en crise

Enfin, il est possible d'imputer au paternalisme médical certaines des situations de crises que la santé publique a connu. En effet, en cela qu'il écarte les questions de santé du champ du discutable, la « tradition clinique paternaliste » a non seulement accentué les errements dont pouvait être sujet le système de santé, mais a aussi accentué les tensions qui existaient à propos du domaine médical, dans un contexte où existe pourtant un « fort appétit de débat et de participation » sur ce thème<sup>102</sup>. Ces crises peuvent présenter deux visages : il y a des crises de santé publique, mais aussi une crise de la santé publique<sup>103</sup>. Le paragraphe suivant s'attardera sur la seconde, les crises de santé publique, et notamment celle du sang contaminé, seront détaillées plus longuement plus tard.

Donc, outre les crises de santé publique, il y a eu également une crise de la santé publique, remettant alors en cause le paradigme d'alors : le paternalisme médical. En effet, les différentes affaires qui ont éclaté dans les années 1990 (sang contaminé, vache folle, amiante, etc.) ont mis en lumière les limites du système de santé qui sont autant de phénomènes non explicables, « d'anomalies », qui, s'accumulant, contribue à créer une situation de crise, ici non

---

<sup>100</sup> Benkimoun P., « Vaccination contre l'hépatite B : succès pour la santé publique dans le monde, controverse en France. », *Hérodote* 4/2011 (n° 143), p. 120-136

<sup>101</sup> *Ibidem*

<sup>102</sup> Caniard E. et Brücker G., *op. cit.*

<sup>103</sup> Dab W., « Crises de santé publique et crise de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, n°3-4, p. 193-200

pas sanitaire mais scientifique<sup>104</sup>. On sort alors de la science normale, c'est-à-dire de la science « a-critique » selon Thomas Kuhn, pour ouvrir la boîte noire. Or, si la fermeture de la boîte noire constituait la mise à l'écart des voix discordantes, on peut voir que son ouverture signifie fatalement leur retour : « Une situation de crise ouvre la porte aux influences externes là où il n'y en avait que des internes »<sup>105</sup>. Dans le domaine de la santé publique, et *a fortiori* de la vaccination, cette situation de crise est bien présente puisqu'on constate bien la pénétration de plusieurs influences (notamment métaphysiques et philosophiques) et acteurs extérieurs, tels que les associations d'usagers ou des médecins anti-vaccinaux. Il y a alors une exploration des alternatives, ce qui aurait été inenvisageable en situation de verrouillage, d'où la montée en puissance de procédés telles que les médecines parallèles.

## **Conclusion du chapitre**

En conclusion de ce chapitre, on peut voir que la boîte noire de la vaccination est fonction de verrous techniques et juridiques, l'amenant à devenir indiscutable, à être un « héritage historique incontournable » au même titre que l'enfouissement définitif à propos du traitement des déchets nucléaires<sup>106</sup>. L'un des vecteurs les plus importants de cette indiscutabilité est la tradition clinique paternaliste. Ce concept polysémique, qu'il est possible de rapprocher des légitimités traditionnelle et charismatique au sens de Weber, s'exprime aussi bien dans le colloque singulier que dans la gestion des questions publiques de santé, au travers de la représentation nationale. Cette tradition clinique impose le praticien comme détenteur du monopole de la décision sanitaire. C'est cette situation qui a contribué à doter la médecine d'un caractère indiscutable qui, par ricochet, a profité à la vaccination, principe adopté puis mobilisé par les médecins comme instrument de puissance clinique et politique<sup>107</sup>. Les politiques de santé, et notamment de santé publique, ont donc été fortement influencées par ce paternalisme médical, contribuant à pérenniser un système de santé souffrant de lacunes, notamment en termes de prise en compte des risques (émergents et iatrogènes) et de prévention. Cependant, ce schéma fut remis en cause puis largement critiqué à la fin du XX<sup>e</sup> siècle suite aux multiples crises de santé publique, dont la plus notable fut celle du sang contaminé. Cette dernière a

---

<sup>104</sup> Gingras Y., *Sociologie des sciences*, « Que sais-je ? », PUF, 2013

<sup>105</sup> *Ibidem*

<sup>106</sup> Barthe Y., « Rendre discutabile... », *op. cit.*

<sup>107</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

provoqué un véritable séisme, mettant en lumière les errements du système de santé et notamment son manque de démocratie. Ce dernier point, souligné maintes fois par l'utilisateur et la victime, qui gagneront dans ce contexte un poids grandissant face au médecin, sera repris par les autorités publiques qui présenteront alors la démocratie sanitaire comme un antidote pour ce système de santé malade de son isolement.



## **Chapitre 2 : La démocratie sanitaire, vers un vaccin discutable ?**

Que ce soit au travers de la relation entre le patient et le médecin ou celle entre l'usager et l'Etat, le domaine de la santé n'est pas quelque chose dans lequel la démocratie trouve naturellement sa place. Ce défaut de concertation a fait que la médecine s'est rendue alors aveugle aux problèmes qui pouvaient exister, voire parfois a accentué une persistance dans l'erreur<sup>108</sup>. Pour rester dans le domaine médical, on peut dire que le système de santé était malade de son indiscutabilité. Le temps médical n'étant pas forcément celui de l'urgence, la discipline s'est accommodée de cette pathologie de telle sorte que ses effets n'ont finalement été constatés que lors de son acmé qui fut la crise du sang contaminé. Cette affaire, par sa portée, fut celle qui généra le plus de répercussions sur le système de santé français<sup>109</sup>. Il est possible de décliner cet impact sur trois niveaux. D'abord, celui du colloque singulier au sein duquel le médecin perdit son aura d'infailibilité, d'où une baisse de la confiance. Deuxièmement, au niveau du rapport entre l'usager et l'Etat où le premier exige du second une protection contre une palette toujours plus grande de risques, notamment iatrogènes, ce qui se traduira par le concept de « sécurité sanitaire »<sup>110</sup>. Enfin, au niveau de la conduite des politiques de santé en introduisant à plus forte raison le principe de précaution et la prise en compte des alternatives<sup>111</sup>.

Sur la scène publique, la crise du sang contaminé donna naissance à de nombreuses revendications portant notamment sur le mode d'action et de gouvernance en matière de santé, appelant ainsi à une recomposition des forces entre les médecins et les profanes et entre l'Etat et la société<sup>112</sup>. L'une des conséquences les plus notables fut la montée en puissance de l'interlocuteur du médecin, que celui-ci soit un patient, un usager ou une victime. Il y a donc une élévation du profane face au savant qui s'accompagne d'une remise en cause du modèle délégitif qu'est le paternalisme médical, soit, d'une revendication de démocratie. En d'autres termes, on peut l'interpréter comme une remise en cause de l'indiscutabilité de la médecine.

---

<sup>108</sup> 2<sup>e</sup> séance du mardi 2 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>109</sup> Gilbert C., Henry E., « Lire l'action publique au prisme des processus de définitions des problèmes », in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Gilbert C., Henry E. (dir.), Paris, La Découverte, « Recherches/Territoires du politique », 2009, p. 9-33

<sup>110</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>111</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

<sup>112</sup> Gilbert C., Henry E., *op. cit.*

L'un comme l'autre, administrés et autorités publiques recherchent ensemble la sauvegarde du bien commun qu'est la santé publique. Cependant, ce que l'affaire du sang contaminé a mis en lumière, c'est qu'il existait un écart entre cette volonté de sauvegarde et les moyens mis en œuvre pour y parvenir<sup>113</sup>. D'ailleurs, lorsque l'on lit la lettre de mission signée du Premier Ministre et adressée à Sandrine Hurel, c'est ce même constat qui motive le plan de modernisation de la politique vaccinale. La démocratisation du système de santé est donc présentée comme un moyen de rétablir, pour les uns leur prise sur leur santé, pour les autres la confiance mise à mal. Or, les vaccinations constituant des actes médicaux, une plus grande discutabilité de la médecine pourrait induire une transformation comparable pour elles.

La solution, ou « l'antidote »<sup>114</sup>, aux problématiques soulevées par l'affaire du sang contaminé prit le nom de « démocratie sanitaire » dans les mains du législateur et fit l'objet d'une loi connue comme celle du 4 mars 2002, ou loi Kouchner. La démocratie sanitaire prétendait installer ainsi plus d'horizontalité entre le patient, rebaptisé usager pour l'occasion, et le système de santé. Se plaçant dans la continuité de la prise de conscience née de l'affaire du sang contaminé, l'impact de cette loi peut se lire de la même façon, c'est-à-dire sur trois niveaux. Au niveau du colloque singulier en instaurant l'impérativité du consentement du patient pour tout acte de santé. Au niveau du rapport entre usagers et Etat en reconnaissant le rôle des associations. Et enfin au niveau de l'élaboration des politiques de santé en consacrant le principe de précaution.

Ce deuxième chapitre portera donc sur la démocratie sanitaire comme concept mobilisé par les pouvoirs publics. Afin de l'analyser au mieux, il sera nécessaire de retracer le fil des événements qui ont conduit à la loi du 4 mars 2002, depuis l'affaire du sang contaminé donc, jusqu'aux débats précédant son vote (I-) pour ensuite observer la façon dont les pouvoirs publics la mirent en œuvre dans le cadre des vaccinations (II-).

---

<sup>113</sup> *Ibidem*

<sup>114</sup> Domin J.-P., « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les Tribunes de la santé* 5/2014 (n° HS 3), p. 21-29

## **I- La mise à l'agenda de la démocratie sanitaire, du diagnostic à « l'antidote »**

Lorsque Bernard Kouchner ouvre les débats à propos du droit des malades le mardi 2 octobre 2001, il annonce avoir été réceptif aux « révolutions » et aux « anxiétés » qui ont fait suite au « drame du sang contaminé ». Cet événement, dont il a régulièrement été fait mention depuis le début de cette étude, provoqua en effet un véritable séisme au sein du système de santé. De cela en découla un bilan, ou plus précisément un diagnostic, de la santé publique en France, opéré aussi bien par les pouvoirs publics que par les usagers. Et par ce diagnostic furent identifiés plusieurs maux dont souffrirait la médecine : « l'aveuglement et la persistance dans l'erreur »<sup>115</sup>. De fait, le système de santé dut se moderniser, notamment en remédiant à ces problèmes directement liés à son indiscutabilité. Ainsi fut développée la démocratie sanitaire, une sorte d'antidote qui se traduit par une refonte du système, non plus centré sur le professionnel comme auparavant mais au contraire sur l'individu.

Cette partie retracera donc l'histoire de la démocratie sanitaire. Elle commencera avec ce qui fut désigné comme ce qui permit la prise de conscience des insuffisances du système de santé, c'est-à-dire l'affaire du sang contaminé (A.). Elle poursuivra avec le principe majeur qui ressortit de cet événement, à savoir la sécurité sanitaire, un concept qui rénova en profondeur la perception de l'ordre public sanitaire par les autorités publiques et donc leurs modes d'action (B.). Elle se conclura par la loi du 4 mars 2002 en elle-même qui mit dans les textes toutes les réflexions détaillées avant (C.)

### **A) L'affaire du sang contaminé**

#### **1. Contexte**

Avant de parler de l'affaire du sang contaminé, il convient, en premier lieu, de parler du contexte sanitaire dans lequel elle s'inscrit. Déjà, comme dit précédemment, il existe une prévalence du soin par rapport à la prévention. L'après-deuxième guerre mondiale est marquée par un enthousiasme médical du fait de la large diffusion des antibiotiques, encourageant ainsi

---

<sup>115</sup> 2<sup>e</sup> séance du mardi 2 octobre 2001, Assemblée nationale

une moindre crainte des risques d'infection et, par ricochet, un « certain laisser-aller quant aux mesures d'asepsie »<sup>116</sup>. Cet enthousiasme est par la suite refroidi par le constat fait, dans les années 1960, de la résistance bactérienne née de cette consommation généralisée d'antibiotiques qui pousse de nombreux médecins à tirer la sonnette d'alarme vis-à-vis du retour des infections, et notamment des infections nosocomiales<sup>117</sup>. Est ainsi émise, en 1974, une circulaire préconisant la création de Centre de lutte contre les infections qui, malheureusement, n'intéressa sur le moment pas plus que les cercles investis sur la question<sup>118</sup>. Il faut donc relativiser la prédominance du curatif chez les médecins mentionné dans le chapitre 1 et rappeler qu'il existait, en cette époque de fin du XX<sup>e</sup> siècle, des acteurs, notamment médicaux, qui promouvaient déjà une lutte contre les infections et, plus largement, contre le caractère iatrogénique du système d'alors.

Le contexte sanitaire, c'est aussi, et surtout le Sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, puisqu'en réalité, lorsqu'on parle de sang contaminé, il s'agit de sang contaminé par le Sida. Cette maladie, apparue dans les années 1970 et identifiée en 1983, provoque une perte d'immunité chez les individus touchés et dispose de plusieurs vecteurs de transmission, notamment le sang. Sans s'attarder sur elle, l'épidémie de Sida est porteuse d'enseignements dans le cadre qui nous intéresse. Par exemple, comme le consigne Nicolas Dodier dans son ouvrage *Leçons politiques de l'épidémie de Sida*, elle pose les bases d'une remise en cause de la « tradition clinique » du fait de l'implication d'associations, telles que AIDES ou Act Up, qui ne se limitait plus à un simple rôle de porte-parole mais entendaient agir au cœur des choix techniques. De même, sur le dossier plus restreint des vaccins, le Sida mit à mal le système de prévention d'alors, largement orienté vers le « tout-vaccin »<sup>119</sup>. En effet, la multiplication des personnes immunodépressives provoquée par la maladie fit des vaccins, notamment ceux fabriqués à partir de virus vivants tel le BCG (ou vaccin Bilié de Calmette et Guérin [contre la tuberculose]), de véritables menaces. De fait, l'Etat, qui avait combattu les certificats de contre-indications vaccinales, dû les réintroduire, ébranlant quelque peu l'indiscutabilité du procédé explicité précédemment.

---

<sup>116</sup> Carricaburu D., « 2. Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales », *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, «Recherches/Territoires du politique», 2009, p. 55-71

<sup>117</sup> Sinding C. (2002), « La nouvelle fabrique des maladies infectieuses », in I. Baszanger, M. Bungener et A. Paillet (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, La Dispute, p. 129-148

<sup>118</sup> Carricaburu D., « 2. Confinement et déconfinement... », *op. cit.*

<sup>119</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

## 2. L'affaire et ses conséquences

L'affaire du sang en tant que telle est déjà le sujet de nombreux textes, tant et si bien qu'il est inutile de la détailler ici. Il faut juste savoir qu'elle conduisit à un procès en négligence de plusieurs responsables administratifs qui avaient autorisé, dans les années 1980, l'utilisation de produits sanguins non chauffés, donc potentiellement porteurs du Sida, alors que les risques de contamination étaient bien connus, ce qui aboutit à la contagion de plusieurs milliers de personnes. Cela précisé, il convient de parler des conséquences de l'affaire du sang contaminé.

Premièrement, cette affaire, et plus généralement le Sida, ont mis en évidence les insuffisances françaises en matière de santé publique. Ces dernières recourent celles mentionnées dans le chapitre précédent, à savoir un Etat investi que superficiellement dans les questions de santé, laissant alors une médecine (trop) autonome, se complaisant dans le soin et l'automatisme de la prescription. Ainsi, il y a un délaissement au niveau de la prise en compte des risques et des moyens de lutter contre, que ce soit par la prévention (risques connus), par l'usage du principe de précaution ou la mise-en-place d'un dispositif de surveillance sanitaire (risques émergents). Cette mise en lumière a durablement ébranlé la confiance des Français dans le système de santé, conduisant alors les pouvoirs publics à orchestrer une série de mesures visant à la rétablir. Celles-ci se retrouveront placées sous le signe des trois grands principes de la démocratie sanitaire présentée par Bernard Kouchner comme le pendant de la devise de la République : « transparence, responsabilité, confiance »<sup>120</sup>.

Deuxièmement, l'affaire du sang contaminé a transformé l'espace médiatique à propos des questions médicales. En effet, avant l'éclatement du scandale en 1991, le journalisme médical traitait de sujets neutralisés, se faisant le relai des autorités sanitaires pour la diffusion d'informations d'intérêt public et dénonçant systématiquement tout dérapage<sup>121</sup>. Cela se remarque notamment dans les difficultés que Jean Péron-Garvanoff, à l'origine de la dénonciation, eut pour se faire entendre des médias. Ce que le scandale du sang contaminé provoqua, c'est l'entrée des questions publiques de santé aux premières pages des journaux. Cette médiatisation contribue à faire des sujets sanitaires des sujets comme les autres, avec son sensationnalisme, ses scoops et ses révélations. De fait, le pouvoir des médias s'introduit au sein même du champ médical, concurrençant alors la parole des médecins qui jusqu'alors ne

---

<sup>120</sup> 2<sup>ème</sup> séance du mardi 2 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>121</sup> Champagne P. et Marchetti D., « L'information médicale sous contrainte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101, 1994, p. 40-62

partageait pas la tribune : « il ne leur est plus possible d'ignorer le pouvoir propre que qu'exercent les médias à l'intérieur même de la médecine »<sup>122</sup>. Cela a entraîné une prise de conscience chez les scientifiques, à l'instar des politiques avant eux, du rôle des médias dans le contrôle de l'opinion. On le remarque notamment dans le personnage du professeur Luc Montagnier, lauréat du prix Nobel de Médecine en 2008 pour avoir isolé le virus du Sida justement, qui profita de la tribune qui lui fut offerte à l'époque pour déclarer ses opinions anti-vaccinales.

Tous ces bouleversements conduisent au fait qu'aujourd'hui, médecins comme juristes s'accordent à dire qu'il y a un avant et un après par rapport à l'affaire du sang contaminé<sup>123</sup>.

## B) La transformation de l'action publique par la sécurité sanitaire

### 1. Définition du principe de sécurité sanitaire

*« L'émergence de la sécurité sanitaire résulte du constat douloureux que la supériorité du principe de santé publique, bien qu'affirmée en droit, ne trouve pas toujours sa traduction dans l'organisation administrative de l'Etat ni dans la législation et la réglementation. »<sup>124</sup>*

Il est possible de relire cette citation de Stéphanie Renard par les mots d'Aquilino Morelle qui nomme de façon plus détaillé ce « constat » de « défaite [ou faillite] de la santé publique ». En effet, l'affaire du sang contaminé provoqua la ruine du schéma médicalisé de la santé d'alors, appelant ainsi à une reconstruction de la santé publique placée sous le signe du principe de « sécurité sanitaire ».

La sécurité sanitaire correspond à la protection de la santé contre les problèmes produits par la société<sup>125</sup>. Il en fut fait mention pour la première fois lors des débats qui ont suivi le scandale du sang contaminé sur le système de transfusion sanguine en 1992 mais n'apparut

---

<sup>122</sup> *Ibidem*

<sup>123</sup> Voir les débats autour du droit des malades (2001), Stéphanie Renard (2007), Didier Tabuteau (2013), Francis Chateauraynaud et Didier Torny (1999), Patrick Champagne et Dominique Marchetti (1994), François Bourdillon, Gilles Brücker et Didier Tabuteau (2007)...

<sup>124</sup> Renard S., *op. cit.*, p. 306

<sup>125</sup> Desendos J.-C., Viso A.-C., « Sécurité et veille sanitaires », in *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010, p. 341-350

expressément que dans les lois de bioéthique de 1994. Dans les faits, la sécurité sanitaire est la transposition dans le droit du principe de *primum non nocere* (« D’abord ne pas nuire ») du serment d’Hippocrate<sup>126</sup>, là où auparavant il n’apparaissait que dans le Code de déontologie. Cependant, dire que la sécurité sanitaire remet au goût du jour le *primum non nocere* n’insinue pas que la médecine ne fût pas soucieuse du patient auparavant mais qu’elle acceptait une part d’incertitude. Le principe était alors admis comme une obligation de moyen mais non de résultat. L’aléa thérapeutique était considéré comme inhérent à médecine, à la fois dans sa pratique (probabilité scientifique) et dans sa vocation universaliste. Ce dernier point se remarque dans la position défendu par le Conseil d’Etat à propos des vaccinations obligatoires : celles-ci, reconnues comme des « charges normales de la vie en société », n’ouvraient auparavant aucun droit à une quelconque indemnité en cas d’effets indésirables<sup>127</sup>.

Ce que la sécurité sanitaire modifie à propos du *primum non nocere* s’observe au niveau de la construction de l’acceptable. Si les risques étaient autrefois probabilisés et acceptés en tant qu’événements dont la réalisation restait exceptionnelle, la sécurité sanitaire introduit au contraire une volonté de les réduire au maximum, voire installe une « intolérance » vis-à-vis des « risques non choisis »<sup>128</sup>. La sécurité sanitaire correspond alors à un renouveau de l’interventionnisme étatique dans le domaine médical dans le sens où elle lui offre des possibilités nouvelles de contrôle sur la médecine, en légitimant une santé plus politique, plus collective. Cela se traduit par un aggiornamento de la gouvernance de la santé et par une plus grande importance donnée à l’évaluation *a priori* et *a posteriori* de la décision sanitaire.

## 2. Une diversification des intervenants induites par la sécurité sanitaire

L’une des répercussions les plus notables de l’affaire du sang contaminé furent ses conséquences politiques et administratives « spectaculaires et durables »<sup>129</sup>. Ce fut notamment à cette occasion que, pour la première fois, un ministre fut sanctionné par la Cour de Justice de la République. Avant cette crise, l’implication de l’Etat était, comme nous l’avons dit, moindre dans le domaine de la santé. Un « manque d’appétence » qu’il est possible d’observer à partir de l’histoire du ministère de la Santé qui, avant l’affaire du sang contaminé et les autres crises

---

<sup>126</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>127</sup> Arrêt Boudin du 30 juillet 1997, Conseil d’Etat

<sup>128</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>129</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

qui suivirent, resta longtemps une institution secondaire, effacée, dans les différents gouvernements. Certaines questions sanitaires étaient d'ailleurs confiées à d'autres administrations, telle la gestion des problèmes liés à l'amiante qui furent, un temps, du ressort du ministère du Travail (auquel la Santé fut parfois rattachée) et plus précisément de la Direction des relations de travail (DRT)<sup>130</sup>. Le portefeuille de la santé, à l'importance variable (« tantôt secrétariat d'État, tantôt ministère délégué, tantôt ministère plein »<sup>131</sup>), était une charge sans grand prestige (du fait de la faible implication de l'Etat) mais aux risques politiques élevés (du fait que les plans de redressement de la Sécurité sociale signifiaient souvent une baisse des remboursements)<sup>132</sup>. Cela fit de l'avenue de Ségur une adresse délaissée, voire désertée dans les parcours politiques<sup>133</sup> et il faudra attendre l'affaire du sang contaminé donc, pour y voir entrer des « "bêtes" politiques » tel que Bernard Kouchner, un proche de Mitterrand, cherchant à augmenter leur visibilité et leur poids politique grâce à ce ministère<sup>134</sup>.

Or, l'Etat fut mis-en-cause dans le cadre de l'affaire du sang contaminé, l'amenant à reconsidérer en profondeur la portée de sa mission régalienne de santé publique. De fait, l'une des leçons tirées de cet événement, fut l'élévation du principe de sécurité sanitaire comme une « nécessité sans laquelle l'État se trouvait juridiquement et politiquement condamné »<sup>135</sup>. Cette sécurité sanitaire, dont le but est, rappelons-le, de protéger les citoyens contre les risques provoqués par la société, et notamment la pratique de la médecine, passe alors prioritairement par un contrôle de la profession médicale. Ainsi, l'investissement dans l'administration de la santé devient un enjeu majeur pour l'Etat, de telle façon que les principales missions que se donnèrent depuis les résidents successifs de l'avenue de Ségur furent de « redorer le blason de la santé publique et [de] tenter de colmater les "brèches" d'un système de santé mal organisé »<sup>136</sup>.

La sécurité sanitaire apparaît alors comme un moyen pour l'Etat de renforcer son rôle en termes de santé, et surtout de s'approprier la santé publique. Ce renforcement eut pour principal vecteur la Direction générale de la santé (DGS), l'institution chargée, entre autres, de

---

<sup>130</sup> Henry E., « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique* 2/2004 (Vol. 54), p. 289-314

<sup>131</sup> Réquillart H., « Ministres de la santé : un bilan en demi-teinte », *Les Tribunes de la santé*, 4/2009 (n° 25), p. 111-117

<sup>132</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>133</sup> *Ibidem*

<sup>134</sup> Réquillart H., *op. cit.*

<sup>135</sup> Byk C., « Chapitre 5. Les agences sanitaires et la biomédecine : nouvelle légitimité technocratique et stratégie de partage du pouvoir », *Journal International de Bioéthique* 2/2014 (Vol. 25), p. 99-110

<sup>136</sup> *Ibidem*

la prévention et de la gestion des crises sanitaires. La DGS donc, renforça son rôle ainsi que celui de l'Etat dans la santé en engageant de vastes plans nationaux et en multipliant les agences<sup>137</sup> : InVS, Inpes, ANSM<sup>138</sup>, Anses<sup>139</sup>, etc., de telle sorte qu'aujourd'hui, le domaine sanitaire est l'un des plus liés à l'expertise en France : « Peu de législations comportent autant de commissions, de comités d'experts, de hauts conseils ou de conférences ! »<sup>140</sup>. La création de ces agences fut motivée par la quête de légitimité de l'Etat à pouvoir légiférer en santé, ce qui n'était pas évident avant les années 1980 : « On pensait jusque-là que la loi ne devait intervenir que s'il n'était pas possible de faire autrement »<sup>141</sup>. En effet, si le droit de la santé était peu fourni avant les années 1980 (quelques centaines d'articles), il a connu une forte inflation à partir de cette date, faisant qu'en 2007, le Code de santé publique comptait 9672 articles : « La santé publique et son droit ont connu plus d'évolutions ces vingt dernières années qu'ils n'en avaient subi en un siècle »<sup>142</sup>.

De fait, l'extension de l'interventionnisme de l'Etat a produit une législation de plus en plus développée, légitimée par la prédominance de la mission régaliennne de santé publique. Ainsi, cette dernière ne se limita plus à une logique purement conservatoire, caractérisée par exemple par une politique d'obligations vaccinales, et évolua vers un encadrement croissant des activités et des comportements<sup>143</sup>. Voulant se prémunir contre les répercussions politiques des crises sanitaires, telles que celles de l'affaire du sang contaminé, le législateur a pris l'habitude de vouloir « protéger chaque citoyen contre à peu près tout, et d'abord contre lui-même »<sup>144</sup>. C'est suivant cette logique que l'Etat a opposé la contrainte publique à la responsabilité individuelle. En termes de vaccinations, cette situation a permis de justifier le caractère obligatoire de certaines vaccinations au motif qu'une comptabilité de plus en plus individualisée de la santé n'exonérait personne de ses responsabilités vis-à-vis d'un tiers<sup>145</sup>.

---

<sup>137</sup> Benamouzig D., « Système de santé », in *Traité de santé publique*, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), Flammarion, 2<sup>e</sup> édition, 2007, p. 317-328

<sup>138</sup> Anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Affsaps) de 1999 à 2012, elle-même anciennement Agence du médicament de 1993 à 1999.

<sup>139</sup> Fondée en 2012 de la fusion des Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)

<sup>140</sup> Tabuteau, D., « La décision sanitaire », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Bras P.-L., de Pourville G., Tabuteau D. (dir.), Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection », 2009, p. 326-336

<sup>141</sup> Byk C., *op. cit.*

<sup>142</sup> Renard S., *op. cit.*, p. 27

<sup>143</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>144</sup> Carcassone G., « Société de droit contre Etat de droit », in *L'Etat de droit : mélanges en l'honneur de Guy Braibant*, Paris, Dalloz, 1996, p. 37-45

<sup>145</sup> Arrêt ALIS du Conseil d'Etat du 26 novembre 2001

### 3. Un nouvel ordre public sanitaire

La sécurité sanitaire transforme également l'action publique en matière de santé dans le sens où ce principe redéfinit l'ordre public sanitaire. Pour rappel, l'ordre public sanitaire correspond à « L'obligation de sécurité » de l'Etat contre les risques d'ordre sanitaire et justifie de ce fait l'emploi de mesures de police pour remplir cet impératif<sup>146</sup>. Cette mission, avant l'affaire du sang contaminé, se concrétisait essentiellement au travers du principe de « prévention-anticipation », c'est-à-dire en faisant en sorte que des risques connus ne se manifestent pas<sup>147</sup>. Cela se manifestait par des mesures contraignantes à visée prophylactique, dont les exemples les plus parlants sont les vaccinations obligatoires, appuyées par des sanctions pénales et administratives très lourdes. Ces actions, peu soucieuses du droit à l'intégrité physique et au libre consentement aux soins ou de la liberté de conscience, s'inscrivaient parfaitement dans l'ordre public sanitaire pour qui le principe de santé publique prime sur tous les autres. Cependant, la sécurité sanitaire modifia en partie ce paradigme. En effet, en introduisant un souci plus grand aux risques posés par ces mêmes pratiques, parfois imposées, elle remet en cause ce schéma impératif et universaliste. On peut le constater dans l'application des sanctions susmentionnées qui, à partir des années 1980, seront de moins en moins appliquées pour les cas de non-vaccination, soustrayant par ailleurs un des arguments de la contestation qui dénonçait à l'envi une administration totalitaire sur le sujet<sup>148</sup>. A la même période se développe également la veille et la surveillance sanitaires qui complètent alors le principe de prévention-anticipation en l'augmentant d'une part d'adaptabilité par rapport au contexte épidémiologique. On passe donc d'une lutte passive contre les risques sanitaires, à une lutte davantage active. Du point de vue de la discutabilité des vaccins, la surveillance sanitaire apporte, du fait qu'elle consiste en une réactualisation continue des données de santé, de nombreux éléments permettant leur mise en discussion. C'est d'ailleurs en raison d'un contexte épidémiologique jugé favorable que fut abandonné, en 2004, la primo-vaccination obligatoire contre la tuberculose.

Un autre apport de la sécurité sanitaire s'observe dans l'application d'un second principe de l'ordre public sanitaire, s'ajoutant au premier, qui est la « prévention-réaction », soit la

---

<sup>146</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>147</sup> *Ibidem*

<sup>148</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

capacité de gestion des risques émergents<sup>149</sup>. S'ils n'étaient pas ignorés pour autant avant, l'épidémie de Sida transforma la façon dont ils sont abordés aujourd'hui. Auparavant, une « nouveauté nosologique » ne suffisait pas à générer un problème et donc une réaction de l'Etat, ce qui explique en partie la tardivité des réponses face au Sida<sup>150</sup> ainsi que l'affaire du sang contaminé qui fut aggravée par la relative ignorance des autorités sanitaires quant aux caractéristiques pathologiques de la maladie. De fait, l'un des enseignements tirés par le système de santé français de cet événement fut ce besoin de dispositifs propres à réagir aux maladies infectieuses émergentes. Celles-ci trouvèrent écho déjà dans la surveillance sanitaire (qui collecte des données aussi bien sur les maladies connues qu'émergentes) mais aussi, et surtout, dans l'élaboration de plans blancs ou de « mesures d'urgence » telles que celles figurant dans la loi de santé publique du 9 août 2004 (modifiée par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007) qui donnent aux autorités sanitaires des « pouvoirs d'intervention d'une ampleur rarement égalée »<sup>151</sup>. Parmi les dispositions prévues par cette loi, une est marquante puisqu'elle autorise la mise en place d'obligations vaccinales inédites. Ce que la sécurité sanitaire modifie à propos de ce principe de « prévention-réaction », c'est dans la nature de la riposte. En effet, en imposant une plus grande considération des conséquences des décisions sanitaires, elle induit une pratique plus systématique du principe de précaution : « la sécurité sanitaire repose sur l'idée que la riposte sanitaire ne doit pas créer plus de risques pour la santé qu'elle lui procure de bénéfices »<sup>152</sup>.

L'ordre public sanitaire a donc été transformé par la sécurité sanitaire, elle-même née des suites de l'affaire du sang contaminé. Cette transformation se traduit par une actualisation des moyens à sa disposition (agences, plans, etc.) mais aussi par une modification en profondeur de ses façons d'agir. Les vaccinations obligatoires, qui sont symptomatiques de l'impérativité de l'ordre public sanitaire, évoluent avec ce dernier. Comme le souligne Stéphanie Renard, l'ordre public (sanitaire) n'est pas une notion figée mais est au contraire fonction de nombres de facteurs tels que le souci grandissant des risques iatrogènes mais aussi, et surtout, l'équilibre entre les valeurs de sécurité et de liberté.

---

<sup>149</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>150</sup> Setbon M., « Pathologies émergentes », in *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010, p. 141-149

<sup>151</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>152</sup> *Ibidem*, p. 367

#### 4. Une nouvelle balance entre obligations (vaccinales) et libertés individuelles

Selon Didier Tabuteau, nous vivons dans une société tiraillée par un paradoxe : les crises sanitaires successives ont éveillé un besoin pressant de la part des citoyens en faveur de mesures de santé publique alors que, au contraire, l'immixtion de l'Etat dans la santé est de plus en plus discutée au nom des libertés individuelles<sup>153</sup>. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. L'affaire du sang contaminé d'une part, en cela qu'elle a durablement affecté la confiance de l'opinion dans un système de santé capable de garantir la protection de la santé. Il y a également une récurrence plus forte, dans la fin du XX<sup>e</sup> siècle, des thèmes des droits de l'Homme et de l'inviolabilité du corps humain. Accompagnant ces thèmes, on constate enfin une subjectivation croissante des processus d'écriture du droit qui tend à prendre l'individu, et non plus le citoyen, comme référence<sup>154</sup>. Cela est notable dans la réécriture, en 1994, de l'article 16 du Code Civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »<sup>155</sup>. Il y a un recentrage de la loi sur l'individu qui, dans le domaine de la santé, sera poursuivi par la démocratie sanitaire et la loi du 4 mars 2002 qui accordera à celui-ci une place centrale dans les décisions de santé.

Si cette revalorisation des libertés individuelles reste toutefois bornée par le juge (notamment pour permettre la sauvegarde de l'ordre public sanitaire), elle traduit d'une volonté de l'Etat de « réconcilier » l'ordre public sanitaire avec ceux sur qui il s'applique<sup>156</sup>. De fait, elle le modifie, par exemple en affectant « l'acceptabilité des restrictions apportées aux libertés publiques pour des motifs sanitaires »<sup>157</sup>. Ainsi, l'ordre public sanitaire s'opère de moins en moins au travers de mesures contraignantes au profit de soumissions volontaires. Pour reprendre le cas de la tuberculose, dont l'obligation vaccinale a été abandonnée en 2007 (en 2004 pour les rappels), le traitement de la maladie par les autorités sanitaires s'opère désormais davantage par des mesures de dépistage. Ce schéma ne se limite pas seulement à la tuberculose et on constate que, globalement, les obligations vaccinales reculent ou plutôt, laissent plus de place aux libertés individuelles.

---

<sup>153</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>154</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>155</sup> Loi n°94-653 du 29 juillet 1994

<sup>156</sup> Renard S., *op. cit.*

<sup>157</sup> *Ibidem*, p. 387

Il est intéressant, pour illustrer ce point, d'étudier l'évolution de l'article D312-36 du Code de l'action sociale et des familles. Avant sa modification en 2006, celui-ci disait : « Sauf contre-indication expresse notifiée par le médecin traitant, les enfants satisfont aux obligations vaccinales prévues par la loi, complétées le cas échéant par les vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons ». Or, suite donc au décret n°2006-331 du 21 mars 2006, abandon est fait de la deuxième partie de l'article qui mettait finalement les vaccinations recommandées au même rang que les obligatoires. Les dites vaccinations ne sont pas caduques pour autant mais sont laissées à la pleine appréciation du médecin traitant et des parents.

Cette situation interprète bien un aspect de la « contre-démocratie » de Rosanvallon, lui-même empruntant à la « société du risque » d'Ulrich Beck pour illustrer son propos. Cette « société du risque » correspond à une société dans laquelle l'optimisme dans la science et la technique s'est évaporé mais qui reste toutefois condamnée à se fier aux scientifiques. Ces derniers sont alors contraints à des garde-fous et doivent rendre des comptes. Nous sommes dans une société du risque sanitaire née du constat des errements de la forte délégation des questions de santé aux médecins. Bien que cette délégation persiste car nécessaire (tout le monde ne dispose pas des connaissances adéquates), elle se fait moins autoritaire et introduit en son sein de plus en plus de dialogue entre délégué et délégataire. La discutabilité de la vaccination apparaît alors comme un pouvoir de défiance face aux autorités sanitaires, non pas pour les paralyser, mais plutôt comme un moyen d'enrôler là où la confiance ne suffit plus. C'est d'ailleurs dans cet esprit que fut construite la démocratie sanitaire et par là-même, la loi du 4 mars 2002.

### C) La loi Kouchner ou loi du 4 mars 2002

#### 1. Germination du concept de démocratie sanitaire

Quand Bernard Kouchner présenta le texte qui devait devenir la loi du 4 mars 2002, il le désigna comme fondateur de la « démocratie sanitaire ». Cette dernière notion fut définie comme le complément des démocraties sociales et politiques, en instaurant une démocratisation à la fois du colloque singulier, par l'obligation de consentement, et du débat sanitaire, en

intégrant davantage le profane dans l'élaboration des politiques de santé<sup>158</sup>. Cependant, la démocratie sanitaire n'est pas née du pouvoir performatif de cette loi. Cette dernière constitue plutôt la convergence de plusieurs mouvements ayant, au fil du temps, influencé les politiques de santé<sup>159</sup>.

Ainsi, il est possible de l'associer aux premières démarches de ce que Bernard Ducamin appelait « l'humanisation des hôpitaux », et qui se traduisirent par exemple par la suppression des salles communes de malades (1944), la limitation du bruit (1949) ou la charte du malade hospitalisé signée par Simone Veil en 1974. L'idée sous-jacente derrière ces transformations du monde hospitalier fut de faire en sorte que le patient guérisse plus qu'il ne subisse une thérapeutique. Cet élan est confirmé dans les années 1980 avec l'épidémie de Sida qui, comme dit précédemment, voit la montée en puissance d'associations de malades telles qu'AIDES ou Act Up. Là encore, le patient exprime une volonté de ne pas seulement subir mais souhaite au contraire agir dans le bien de sa guérison.

Dans le même sens, on observe une prise-en-compte accrue du patient de la part des institutions. Déjà de la part de la profession médicale qui intègre le respect de la volonté du patient dans son Code de déontologie médicale en 1979. On reste cependant ancré dans la tradition paternaliste puisqu'est concédée la possibilité au médecin d'y passer outre<sup>160</sup>. Il faut attendre la version de 1995 de ce même Code pour qu'apparaisse l'obligation de consentement. La jurisprudence a également contribué à la germination du concept de démocratie sanitaire en admettant la responsabilité des hôpitaux pour les infections nosocomiales<sup>161</sup> ou en imposant aux médecins une obligation d'information des patients<sup>162</sup>.

Enfin, du point de vue du politique, le projet de démocratie sanitaire fut lancé par Claude Évin, alors ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité, lors d'une communication en Conseil des ministres le 12 avril 1989 dans laquelle il appelait à une nouvelle orientation de la politique de santé résumée en deux points : « Affirmer les droits des malades » et « Intensifier la prévention »<sup>163</sup>. Conformément à la dynamique déjà initiée par les associations de malades, il est réaffirmé l'importance du consentement et également l'idée que le service au malade ne se résumait pas à un simple service de soin. Par la suite, le projet sera repris par Bernard

---

<sup>158</sup> Domin J.-P., *op. cit.*

<sup>159</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>160</sup> *Ibidem*

<sup>161</sup> Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 9 décembre 1988, 65087

<sup>162</sup> Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685

<sup>163</sup> Conseil des ministres du 12 Avril 1989 : Orientations de la politique de santé pour les trois années à venir.

Kouchner, alors ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, lors d'une communication en Conseil des ministres le 17 mars 1993. Dans un premier temps, la démocratie sanitaire se concrétise par diverses tentatives de participation du public dont certaines montreront vite leurs limites (CRS, CNS...). Néanmoins, parmi elles, les Etats généraux de la santé, tenus entre 1998 et 1999 seront jugés comme porteurs de nombre d'enseignements<sup>164</sup>, qui seront par la suite mobilisés pour défendre, en 2001, la loi dite relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, ou loi Kouchner.

## 2. « Retisser le fil de la confiance » par le droit des malades

Le 2 octobre 2001 s'ouvrait donc à l'Assemblée nationale les débats portant sur les droits des malades. En ouverture de ceux-ci se trouve un discours de Bernard Kouchner plaçant son projet de loi dans la continuité des différents mouvements mentionnés dans la partie précédente. De même, il situe la loi dans la droite ligne des Etats généraux de la santé, soulignant le désir exprimé d'une « médecine plus humaine ». La loi est ainsi présentée comme faisant le bilan de ces évolutions et le moyen de leur donner un socle tangible. En effet, bien qu'elles apparaissent dans le Code de déontologie médicale ou dans la jurisprudence, elles sont jugées respectivement comme trop relative (le médecin disposait de nombreuses excuses pour se soustraire à ses obligations) ou trop « mouvante » (les jugements en matière d'accidents, post-vaccinaux par exemple, variaient d'un juge à l'autre)<sup>165</sup>.

De par son titre, la loi exprime clairement ses ambitions, à savoir le développement d'un droit des malades, propre à susciter davantage de confiance, et l'amélioration du système de santé : « La qualité devient la pierre angulaire, et elle n'existe que dans une confiance réciproque »<sup>166</sup>. Pour ce faire, le ministre prévoit d'instaurer plus d'équilibre entre le patient et le médecin ce qu'il traduit par une sortie du paternalisme et surtout, par l'octroi d'une autonomie de la décision. Or, l'information étant le prérequis de la décision, le droit à une information claire, compréhensible et exhaustive concernant les options de santé est également présente dans la loi. Dans le même sens, le ministre de la Santé prévoit d'accorder plus de place aux associations de malades et d'usagers dans l'élaboration des politiques de santé. La loi prévoyait pour cela d'instituer une procédure annuelle d'élaboration de la politique de santé au

---

<sup>164</sup> Caniard E. et Brückner G., *op. cit.*

<sup>165</sup> 2<sup>e</sup> séance du mardi 2 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>166</sup> *Ibidem*

travers de débats publics organisés par les Conseils régionaux de santé, disposition qui sera supprimée par la loi du 9 août 2004. Tout ceci est motivé, certes par la volonté de redonner confiance dans le système de santé, mais également de faire évoluer la vision du risque dans les mentalités. En effet, Claude Évin, le rapporteur de la loi, souligne que les progrès médicaux et techniques ont non seulement engendré de nouveaux risques, mais également de nouvelles façons de les repérer et de les imputer : « L'accident est le revers d'une médecine plus efficace ». L'accident n'est plus le fait de la fatalité mais d'un défaut de sécurité. Donc, accorder plus de discutabilité aux questions de santé s'inscrit aussi dans la quête d'une « pédagogie du risque », propre à éviter le « fantasme d'une société sans risque ».

Du côté de l'opposition, au contraire, la démocratie sanitaire est vue comme illusoire et sa poursuite comme néfaste au bon fonctionnement du système de santé. Cette contestation est essentiellement le fait de députés ayant des formations liées à la médecine s'ils ne sont pas praticiens. Jean Bardet, par exemple, député RPR et professeur en médecine, dénonce l'effet d'annonce que constitue cette loi, arguant que « La confiance ne se décrète pas ». De même, Jean-François Mattei, pédiatre et également député RPR, voit dans la loi une manœuvre de l'Etat pour se substituer à la profession médicale en matière de réglementation. Il argumente en citant des textes existants, notamment le Code de déontologie médicale, et ajoute : « Fallait-il légiférer ? ». Il y a, dans cette contestation, un obstacle farouche à la moindre discutabilité, que ce soit au niveau des politiques de santé ou du colloque singulier. Cela peut expliquer, en partie, la difficile mise en pratique du principe de démocratie sanitaire par la suite qui, selon Tabuteau, souffre d'inerties institutionnelles<sup>167</sup>.

Donc, la démocratie sanitaire, en cela qu'elle soustraie l'individu au paternalisme médical, en lui octroyant un droit au consentement ainsi qu'une place dans l'élaboration des politiques de santé, permet une meilleure discutabilité dans le domaine médical. Toutefois, dans les débats qui ont précédé le vote de cette loi, la question plus spécifique des vaccinations obligatoires ne fut pas abordée sinon au travers du prisme des réparations qu'elles ouvrent en cas d'accidents thérapeutiques (sauf pour l'hépatite C). De fait, l'impact de ce texte sur le débat vaccinal s'appréhende plus à partir de sa mobilisation par les différents acteurs, ce qui sera développé dans le chapitre suivant.

---

<sup>167</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

3. « 13 000 Francs pour les soins, 20 Francs pour la prévention ! » :  
l'inscription de la prédominance de la prévention dans la loi

En sus du droit des malades, la loi du 4 mars 2002 intègre un autre titre intitulé « Qualité du système de soins » et dont l'un des chapitres a pour objet la politique de prévention. En effet, ce texte fut pour le législateur comme une occasion pour poser « les bases d'une politique de prévention globale et cohérente ». Cela fait encore écho aux Etat généraux de la santé lors desquels fut exprimé le désir des usagers de placer la prévention au sommet des préoccupations de santé. Toutefois, cette décision de rénover la prévention répond aussi à des impératifs financiers nouveaux et introduits par la création des lois de financement de la Sécurité Sociale en 1996<sup>168</sup>. Ces dernières imposent notamment une plus forte régulation des dépenses de la Sécurité Sociale par le Parlement. Cela est bien illustré par la phrase prononcée par Bernard Kouchner : « 13 000 Francs pour les soins, 20 Francs pour la prévention ! ».

Comme dit précédemment, la prévention fut, lors du XX<sup>e</sup> siècle, peu employée, souffrant de nombreux problèmes inhérents à sa nature même. En effet, bien que réduite à des minimas tels que les vaccins, l'action préventive souffrit longtemps de son succès du fait que le recul des grands fléaux infectieux qu'il est possible de lui attribuer contribuait également à l'éclipser. Pour les mêmes raisons, il est très difficile d'évaluer la réussite d'une mesure de prévention et son coût réel au prorata des dommages évités<sup>169</sup>. Toutefois, la prévention ne pouvait pas rester, aux yeux des pouvoirs publics, le « parent pauvre de la santé »<sup>170</sup>.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002 rénove la prévention, déjà en adoptant une définition claire et précise de ce qu'est la prévention (celle de l'OMS), mais aussi en abandonnant le paradigme curatif qui gérait les risques selon une logique assurantielle, c'est-à-dire en privilégiant la réparation des risques survenus plutôt que la prévention des risques probables. De plus, elle confie le pilotage des actions de santé publique au ministre de la santé, là où auparavant il était partagé entre les différentes agences et les différents ministères concernés (« santé, sécurité sociale, jeunesse et sports, travail, environnement, équipement »<sup>171</sup>). Du côté des techniques de santé publique, elle confirme l'orientation prise depuis l'épidémie de Sida en mettant plus en

---

<sup>168</sup> *Ibidem*

<sup>169</sup> Rapport de MM. Francis Giraud, Gérard Dériot et Jean-Louis Lorrain, au nom de la commission des Affaires sociales

<sup>170</sup> *Ibidem*

<sup>171</sup> *Ibidem*

avant la participation volontaire des individus dans la lutte contre les infections, par exemple avec le dépistage. De même, afin de susciter davantage d'adhésion et de confiance envers celle-ci, la loi du 4 mars 2002 prévoit une meilleure accessibilité aux méthodes de prévention (« non-discrimination en matière d'accès à la prévention »), passant, par exemple, par la gratuité. On remarque aussi une plus grande considération du système de santé vis-à-vis des risques iatrogènes, notamment ceux liés à la prévention. Cela se traduit d'une part par la création de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) dont la mission est de fluidifier le dispositif d'indemnisation des accidents en privilégiant les procédures à l'amiable plutôt que le recours à la justice, et par la modification des régimes de responsabilité. En effet, avant la loi, l'indemnisation n'était délivrée que sur la reconnaissance d'une faute du médecin. Or, celle-ci était non seulement difficile à définir pour le juge, mais en plus un accident iatrogène peut survenir en absence totale de faute de la part du praticien. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 institue et élargit le régime de responsabilité sans faute, déjà introduit à propos des infections nosocomiales par la jurisprudence<sup>172</sup>.

Enfin, dernier point à noter, la loi du 4 mars 2002 prévoit également de valoriser davantage l'éducation à la santé, celle-ci permettant une prévention plus efficace. Cet aspect du texte est, selon moi, très importante puisqu'elle affecte de façon plus saillante la politique vaccinale. En effet, les obligations, outre le fait de s'accorder avec les impératifs de santé publique, permettaient, pour les pouvoirs publics, de contrebalancer les défauts de l'éducation<sup>173</sup>. De fait, une meilleure éducation à la santé laisserait supposer de meilleures couvertures vaccinales et donc, une moindre nécessité de la contrainte.

## **II- Politique vaccinale et loi du 4 mars 2002**

La loi du 4 mars 2002, ou loi Kouchner, en cela qu'elle introduisait formellement la démocratie sanitaire, constitue donc une fenêtre d'opportunité pour une meilleure discutabilité des vaccins. En effet, l'obligation de consentement imposé aux médecins, la prévalence pour la prévention ou encore les nouveaux régimes de responsabilité et d'indemnisation consécutifs à un accident iatrogènes mettent en balance la systématisation et l'impérativité de certains

---

<sup>172</sup> Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 juin 1999, 97-14.254

<sup>173</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

vaccins. De fait, la situation de verrouillage décrite dans le chapitre 1 paraît menacée. La démocratie sanitaire permettrait donc de rendre la vaccination plus discutable.

L'intérêt de cette partie est donc d'évaluer l'impact qu'a pu avoir la loi du 4 mars 2002 sur la politique vaccinale française. Il est à rappeler que cette dernière ne se limite pas seulement au calendrier vaccinal mais intègre en son sein la lutte contre les risques infectieux. Ainsi, il convient d'analyser ces changements autant dans le théâtre de la relation coutumière entre le médecin et son patient (B.) que dans celui, plus singulier, d'une situation de crise comme celle de la grippe H1N1 entre 2009 et 2010 (A.).

## A) Une nouvelle gestion des crises : l'exemple de la crise H1N1 (2009-2010)

### 1. Rappel des faits

En 2009 est identifiée une nouvelle souche virale de grippe qui fut appelée grippe H1N1 et qui engendra une épidémie d'abord au Mexique. La maladie se propagera ensuite à d'autres pays, poussant l'OMS à décréter une situation de pandémie le 11 juin 2009. En juillet de la même année apparaissent en France les premiers cas de grippe suspectés avoir été causés par la souche H1N1. Dès lors, la ministre de la santé Roselyne Bachelot annonce l'achat de 94 millions de doses de vaccins destinés à une campagne de vaccination massive mais non-obligatoire qui commencera le 20 octobre. Ces vaccins, furent développés dans la précipitation et contenaient donc de fortes doses d'adjuvants, inspirant une méfiance de la part de l'opinion publique vis-à-vis d'eux. La fin de l'épidémie, et donc de cette même campagne, seront annoncées le 13 janvier 2010.

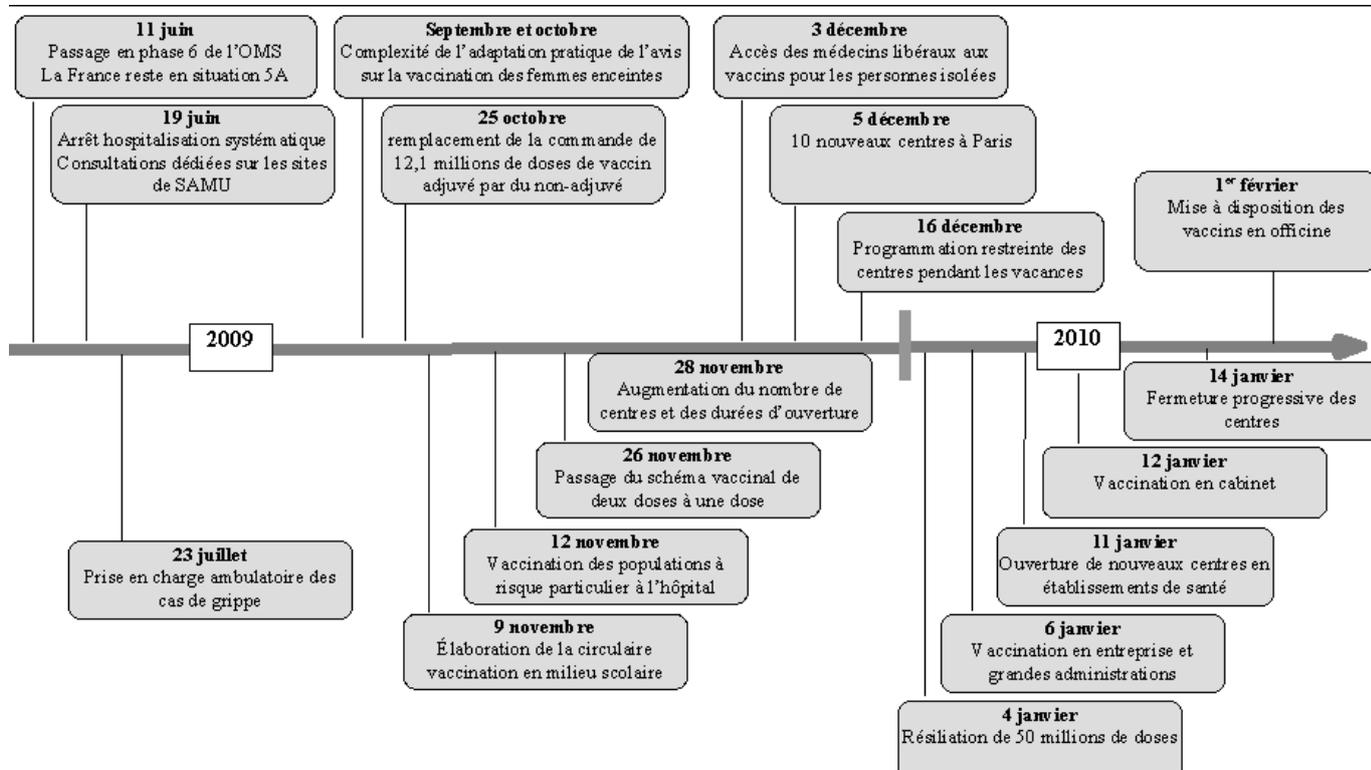
Au final, seuls 225 décès seront directement imputés au virus H1N1 et seulement 7,4% de la population (soit environ cinq millions de personnes) se fit vacciné alors que les objectifs de couverture tablaient entre 70 et 75%<sup>174</sup>. La gestion de la crise fut qualifiée de fiasco aussi bien du point de vue sanitaire, du fait que les autorités n'ont pas su estimer la véritable ampleur de la maladie, qu'économique. En effet, l'achat excessif de vaccins et leur non-utilisation exigea

---

<sup>174</sup> Chiffres fournis par la DGS et reproduits dans Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) du 6 juillet 2010

des annulations de commandes et des destructions, faisant monter le coût de la campagne de vaccination à un total de 662 millions d'euros de pure perte<sup>175</sup>.

**Figure 2 : Récapitulatif des mesures prises lors de la pandémie de 2009-2010.**



Source : Ministère de la Santé

## 2. Un « faux positif » toutefois révélateur

L'épidémie de grippe H1N1 de 2009-2010 est symptomatique de la nouvelle gestion des crises sanitaires qui a suivi l'affaire du sang contaminé et entre en adéquation avec les principes exprimés dans la loi du 4 mars 2002, à savoir la démocratie sanitaire. Je veux dire en cela que sa gestion correspond aux divers points soulevés depuis les années 1980 jusqu'à leur synthèse dans la loi du 4 mars 2002 et ce, bien qu'elle fut également considérée comme un échec de la santé publique<sup>176</sup>.

<sup>175</sup> 28 minutes (Arte) du mercredi 13 janvier 2016, avec Michèle Rivasi (députée européenne), Robert Cohen (pédiatre et infectiologue) et Jacques Bessin (président de l'Union nationale des associations citoyennes de Santé)

<sup>176</sup> Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) du 6 juillet 2010

Premièrement, elle se caractérise par un fort investissement des autorités sanitaires. Cela s'explique notamment par le traumatisme qu'a pu provoquer pour ces dernières l'affaire du sang contaminé lors de laquelle elles ont été jugées pour négligence. Ainsi, l'Etat se conforme au mieux à sa mission de maintien de l'ordre public sanitaire en mettant tout en œuvre afin de circonscrire l'épidémie. Cela passe déjà par une prise-en-charge plus importante de l'Etat, au détriment des médecins qui furent mis à l'écart. Didier Tabuteau parle d'ailleurs de « Rendez-vous manqué avec la santé publique »<sup>177</sup> pour désigner cette occasion ratée de coordonner pouvoirs publics et médecins et qui alimente au contraire la suspicion qui peut exister entre eux. En effet, alors que la vaccination est historiquement une pratique dévolue aux médecins (entre 80 et 90% d'entre elles sont faites par les médecins libéraux<sup>178</sup>), ces derniers ne furent associés que tardivement à la campagne voulue par les pouvoirs publics qui se reposèrent sur les centres publics de vaccination (qui totalisèrent 4 168 021 des vaccinations parmi les 5 360 986 dénombrée par la DGS, contre seulement 16 385 pour la médecine libérale). Sur la figure précédente, on constate en effet que l'accès des médecins libéraux aux vaccins ne fut effectif qu'à partir du 3 décembre. Selon le rapport bilan de l'Assemblée nationale sur la crise H1N1, cette exclusion a gravement nui aux objectifs de santé publique car elle sous-estimait « l'extraordinaire potentiel que constituent les 50 000 médecins libéraux, les 60 000 infirmières, les 3 000 hôpitaux et les 22 000 officines du pays » qui, au lieu d'être des vecteurs de la vaccination, diffusèrent des « anticorps » contre elle, voire agirent comme des « fossoyeurs du message sanitaire »<sup>179</sup>.

Deuxièmement, la crise de 2009-2010 révèle une utilisation plus accrue des moyens de prévention qu'il s'agisse de la « prévention-anticipation » ou de la « prévention-réaction ». Il y a, bien sûr, le choix de la vaccination. Cependant, il faut également noter le concours des différentes agences comme par exemple l'InVS qui produisit régulièrement, tout au long de la crise, des bulletins épidémiologiques. De plus, on constate dans la précocité de la réaction des autorités sanitaires l'emploi du principe de précaution pour gérer la crise. Celui-ci se caractérise notamment par le déploiement de mesures avant que les effets sanitaires ne soient véritablement constatables. Cela fait directement suite aux procès en indemnisation de l'affaire du sang contaminé lors desquels, le commissaire du gouvernement au Conseil d'Etat avait affirmé :

---

<sup>177</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>178</sup> Chiffres issus respectivement de la DGS et de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

<sup>179</sup> Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) du 6 juillet 2010

« En situation de risque, une hypothèse non infirmée devra être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée »<sup>180</sup>. Dans le même sens, le cas de la grippe H1N1 de 2009-2010 est très parlant puisqu'il constitue ce que Michel Setbon appelle une « anticipation d'émergence », c'est-à-dire d'une tentative de faire précéder l'action aux effets sanitaires<sup>181</sup>. Cette démarche, que ce même auteur traite de « science-fiction », est dommageable puisqu'elle suppose une certaine mécanicité du principe de précaution, n'intégrant pas les particularités des maladies qu'il est censé prévenir : « la précocité pouvant s'avérer aussi inefficace que le retard »<sup>182</sup>.

Enfin, on constate un non-recours aux mesures contraignantes. Cela correspond autant au principe de précaution qui privilégie les « actions mesurées » aux « actions tranchées » n'offrant pas ou peu d'évolution de la décision<sup>183</sup> qu'au principe de consentement édicté par la loi du 4 mars 2002.

Donc, bien qu'elle se conclut sur un échec, la gestion de la crise du H1N1 de 2009-2010 fut révélatrice de plusieurs points. On remarque déjà un déverrouillage de la vaccination bien que relatif. J'entends par cela que les pouvoirs publics ont envisagé, dans le cadre du plan de lutte contre la grippe H1N1, des méthodes alternatives telle que la diffusion massive de masques<sup>184</sup>, mais que la vaccination fut tout de même désignée comme moyen d'action privilégié. De même, cette crise a montré la nécessité d'adapter les réponses institutionnelles aux problèmes épidémiques avec la virulence de l'agent infectieux<sup>185</sup>. Cela induit que le vaccin, qui repose en partie sur le principe d'immunité grégaire, c'est-à-dire sur des taux de couverture relativement importants, n'apparaît plus systématiquement comme la solution privilégiée.

## B) Une « nouvelle culture médicale » ?

L'une des ambitions majeures de la loi du 4 mars 2002 fut aussi de modifier le colloque singulier entre le médecin et le patient en la faisant sortir de la relation paternaliste. Dans les faits, on peut observer une évolution de ce colloque, toutefois, le poids de la loi du 4 mars 2002

---

<sup>180</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

<sup>181</sup> Setbon M., *op. cit.*

<sup>182</sup> *Ibidem*

<sup>183</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

<sup>184</sup> Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) du 6 juillet 2010

<sup>185</sup> Setbon M., *op. cit.*

dans celle-ci est à relativiser. Comme dit précédemment, le droit au consentement institué par ladite loi, s'accompagne d'un corollaire : l'accès à l'information. En effet, dans le sens où le patient est considéré comme un individu responsable dans les choix de santé qui s'appliquent à lui, il se doit de disposer, afin que son consentement soit libre et éclairé, d'une information claire, assimilable et exhaustive. Or, il s'avère que la rétention d'information, et par là-même l'occultation du consentement, restent des composantes du colloque singulier, faisant perdurer les inégalités entre le médecin et son patient. Ces inégalités sont néanmoins fonctions de plusieurs facteurs (types de pathologie, profil du patient et du praticien<sup>186</sup>). Ces entorses s'expliquent de plusieurs façons mais surtout par une attitude encore très paternaliste des médecins qui craignent une mauvaise compréhension de l'information ou une réaction alarmiste face à celle-ci qui pourraient nuire au bon rétablissement de leurs patients<sup>187</sup>. Cependant, le fait que les médecins ne dispensent pas cette information ne signifie pas pour autant que les patients n'aillent pas la chercher. Et, en la matière, la révolution numérique a apporté aux usagers de nombreux moyens de se renseigner sur les pratiques de santé. Ainsi, des sites tels que Doctissimo permettent aujourd'hui aux individus de mieux s'informer et, potentiellement, d'agir plus activement dans le colloque singulier. Cependant, la révolution numérique a aussi favorisé la diffusion d'informations non plus complémentaires à celles du médecin, mais plus contradictoires. En effet, Internet constitue une plateforme privilégiée des mouvements favorables aux médecines alternatives et, pour ce qui nous intéresse, à l'anti-vaccination (deux mouvements fréquemment liés). Ainsi, il est effectivement possible de constater une nouvelle culture médicale, mais celle-ci est plus imputable à l'accès plus large des individus à des informations (de sources diverses) qu'à un véritable changement d'attitude de la part des médecins.

Sur la question plus spécifique des vaccinations, la loi du 4 mars 2002, bien qu'elle impose un droit au consentement, ne modifie pas les régimes d'obligations. Cela est justifié, une fois encore, par le principe selon lequel « la santé publique prime sur le droit et sur toute liberté », appuyé par la jurisprudence, notamment les arrêts Boudin du 30 juillet 1997 et ALIS du 26 novembre 2001 par le Conseil d'Etat. De fait, on peut dire que la démocratie sanitaire telle qu'elle est organisée par la loi du 4 mars 2002 n'ouvre pas la vaccination à une plus forte

---

<sup>186</sup> Bergeron H., *op. cit.*

<sup>187</sup> Fainzang S., « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. », *Les Tribunes de la santé*, 2/2014 (n° 43), p. 47-52

discutabilité. Néanmoins, elle constitue une fenêtre d'opportunités pour la contestation qui voit en la démocratie sanitaire un moyen de refuser les vaccinations obligatoires.

## **Conclusion du chapitre**

Si l'on reprend la liste des verrous développée dans le chapitre 1, on constate que nombre d'entre eux ont sauté des suites du Sida et de l'affaire du sang contaminé. En effet, ces événements et leurs conséquences ont transformé en profondeur le système de santé. Ainsi furent progressivement abandonnés, au cours de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le paradigme du soin, la forte délégation aux médecins quant aux questions de santé, qu'elles soient d'ordre privées ou publiques, l'idée d'un ordre public sanitaire passant prioritairement par des mesures contraignantes et, dans une moindre mesure, la politique du « tout-vaccin ». Regroupant dans un même texte ces évolutions, la loi du 4 mars 2002 synthétise et patronne un nouveau système de santé sous la notion de démocratie sanitaire. Ce concept, voulu par deux ministres de la Santé, Claude Évin et Bernard Kouchner, introduit de nouveaux impératifs à la fois pour le système de santé, mais aussi pour le praticien. L'un des plus notables parmi eux fut le droit au consentement pour tout acte médical accordé à l'utilisateur. Or, les vaccinations obligatoires étant des actes médicaux, il était possible d'envisager que la démocratie sanitaire marquerait la fin de l'indiscutabilité de la vaccination. A l'appui de cette pensée se trouvent d'ailleurs les autres pays européens chez qui l'introduction du concept de démocratie sanitaire a entraîné, à divers niveaux, l'abandon de certaines, voire de toutes, les obligations vaccinales. Cependant, ce ne fut pas le cas en France où les obligations vaccinales subsistent au nom de la santé publique. Ce maintien est notamment motivé par l'écart de couverture qui peut exister entre les vaccins obligatoires et recommandés. Ainsi, il existe une peur de la part des autorités sanitaires de voir l'immunité grégaire de la population menacée par la fin des obligations vaccinales<sup>188</sup>. Cette crainte fut d'ailleurs renforcée par l'expérience née du passage du BCG parmi les vaccinations recommandées en 2007, qui s'est traduit par une baisse tangible du taux de couverture<sup>189</sup>.

---

<sup>188</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>189</sup> Annexe 5

## **Chapitre 3 : La défiance vaccinale, une revendication de discutabilité**

Si l'on se concentre sur le cas français, les débats autour de la vaccination obligatoire sont longtemps restés en marge à l'inverse, par exemple, de l'Angleterre où une vive opposition s'est manifestée dès le vote du Vaccination Act en 1853<sup>190</sup>. L'explication de cette particularité française tient d'une part dans le fait que les opérations de verrouillage décrites dans le chapitre 1 ont précédé la mise-en-place de régimes d'obligation, d'autre part du fait d'une politique vaccinale française singulière, se reposant fortement sur ces mêmes obligations. Déjà, il faut noter que l'obligation du vaccin antivariolique fixée par la loi de 1902 ne provoqua, à l'époque, que peu de réaction à cause du manque de zèle des autorités sanitaires induit par le défaut de dispositions pratiques dans le texte. Ce n'est qu'à partir de 1950, avec l'introduction de l'obligation pour le BCG, que (re)naissent le débat vaccinal et les mouvements anti-vaccinaux « modernes »<sup>191</sup>. Ces groupes exigeront une « harmonisation libérale des politiques vaccinales » sur le modèle de l'Angleterre, reprenant pour eux l'argumentaire et les expériences britanniques<sup>192</sup>. Néanmoins, l'Etat gaulliste qui suivra l'effondrement de la IV<sup>e</sup> République, sourd aux « sirènes du libéralisme », mettra un coup de frein à leurs actions de lobbying<sup>193</sup>. Le débat n'influa la politique vaccinale qu'en marge, celle-ci durcissant les sanctions associées aux obligations, ce qui contribua à accentuer l'indiscutabilité de la vaccination.

Cependant, cette situation est à remettre en perspective au vu de ce qui fut dit dans le chapitre précédent. En effet, les verrous susmentionnés ayant été fragilisés par l'histoire sanitaire consécutive au Sida et à l'affaire du sang contaminé, il est possible de constater un retour en force, ces dernières années, de ce débat sur la scène publique. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette réémergence : la crise de la confiance, bien sûr, mais également le développement de la contre-information sur la vaccination favorisée par la révolution numérique<sup>194</sup> et le scepticisme, voire la dénonciation, exprimé par un nombre grandissant de

---

<sup>190</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>191</sup> *Ibidem*

<sup>192</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

<sup>193</sup> *Ibidem*

<sup>194</sup> Cour des comptes, La politique vaccinale de la France, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

médecins<sup>195</sup>. Ce dernier point est d'ailleurs accentué par le ralliement à la cause anti-vaccinale de certains grands noms de la Médecine, tel Andrew Wakefield, membre du Collège royal de Médecine de Londres et auteur d'un article en 1998 prétendant faire un lien de causalité entre le vaccin ROR et l'autisme, ou, plus localement en France, du professeur Luc Montagnier, prix Nobel de Médecine en 2008.

A côté de cela, il existe un autre facteur permettant de comprendre l'anti-vaccination contemporaine : la démocratie sanitaire. Celle-ci, en tant que dynamique de transformation du système de santé, permet à l'usager de gagner davantage de droits et de poids, que ce soit aux niveaux des politiques publiques ou du colloque singulier, transformations qui seront compilées et officialisées par la loi du 4 mars 2002. Cette dernière, par la reconnaissance d'un droit au consentement, présageait de rendre caduque toute forme d'injonction au profit d'une individualisation des choix de santé. Il fut craint que la responsabilisation des patients prenne la place de la prévention. Ce fut d'ailleurs l'une des peurs soulevées par Jean-François Mattei lors des débats de la loi : « Les médecines parallèles ont de beaux jours devant elles »<sup>196</sup>. Or, comme nous l'avons vu, cette loi ne remet pas en cause les obligations vaccinales puisqu'elles furent encore imposées après. La démocratie sanitaire n'a donc pas fait basculer les vaccinations obligatoires dans le champ du discutable. C'est pourtant au nom de celle-ci que les mouvements anti-vaccinaux cherchent à provoquer, et *a fortiori* à gagner, un débat public : « nous avons à tout le moins les armes d'un débat juridique qui viendra conforter le débat scientifique »<sup>197</sup>. Cette prégnance des principes de droit dans la lutte anti-vaccinale se constate notamment dans la presse associative. Je prends pour exemple le magazine *Réalités & vaccinations*, distribué aux adhérents de la LNPLV, qui consacre régulièrement un article soulignant l'incompatibilité des obligations vaccinales avec le droit français (« L'avis de l'avocat », « L'avis du juriste », « Vaccins et droit », etc.).

Le débat vaccinal a donc évolué avec la loi du 4 mars 2002. Si auparavant il portait sur l'invalidité théorique de la vaccination ou leur nocivité, il s'engage de plus en plus sur le terrain des libertés publiques et la dénonciation des contradictions réglementaires<sup>198</sup>. Ces dernières portent sur l'inadéquation entre l'impératif de consentement et les obligations, ou entre les ruptures de stocks (provoquées ou fortuites) et les obligations. L'objectif reste le même, le

---

<sup>195</sup> Gozlan M., Ratel H. et Riou-Milliot S., « La vérité sur les vaccins », *Sciences et avenir*, n°826, décembre 2015

<sup>196</sup> 1<sup>er</sup> séance du mercredi 3 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>197</sup> Fenoy, T., « Vaccins et droit ou la version moderne de La Vache et le Prisonnier », in *Réalités & vaccinations*, Hors-série n°2, avril 2006, p. 7

<sup>198</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

retrait des obligations vaccinales, mais les modes d'action ont changé : « La vaccination est un acte médicalement discutabile (c'est le moins que l'on puisse dire) et il n'est donc pas acceptable qu'il ne puisse être juridiquement discuté »<sup>199</sup>. On constate alors que la contestation vaccinale s'empare de la démocratie sanitaire pour appuyer son argumentaire, la citant régulièrement pour en appeler à davantage de transparence et de réflexions sur la vaccination : « Depuis la loi du 4 mars 2002, chacun peut obtenir son dossier médical chez son médecin ou à l'hôpital. Le patient est désormais reconnu comme un partenaire de sa santé, il a le droit à la transparence »<sup>200</sup>.

Cet appétit de transparence, de « discutabilité juridique » pour reprendre les mots de la LNPLV, peut être apparenté à une envie de discutabilité tout court au sens de Barthe, puisqu'au-delà de la dénonciation des vaccinations, c'est bien une remise-en-cause de cet aspect de la prévention et de son verrouillage qui ressort ici. Pour y parvenir, la voie du débat semble privilégiée, voie qui fut écartée par les pouvoirs publics jusqu'à son évocation dans le rapport Hurel publié en 2016. Ce manque d'appétence pour la consultation publique à propos de la vaccination est intimement lié à son verrouillage. Ce processus, en cela qu'il réduit drastiquement la liste des options, tend à rendre inutile toute discussion<sup>201</sup>. Néanmoins, cela ne veut pas dire que des tentatives d'introduire de la discutabilité sont stériles.

Ce chapitre porte donc sur l'impact de la démocratie sanitaire sur le débat vaccinal. Cette notion, en influant sur la capacité des différents acteurs, pro ou anti, à se saisir de nouveaux arguments, modifia en partie les enjeux entourant la question vaccinale. Cela se ressent dans le jeu des différents protagonistes en présence (I-), qui alimente et fait évoluer la question vaccinale (II-), la faisant tendre vers une étape de normalisation, ou, en d'autres termes, vers une pacification des relations entre les différentes parties (III-).

## **I- Une dénonciation transformée par le droit des malades**

L'histoire de la contestation aux vaccins est aussi vieille que celle des vaccins eux-mêmes. Parallèlement, celle des obligations vaccinales et de ses opposants aussi. De fait, elle fait déjà l'objet d'une littérature abondante, cependant largement tournée sur les associations et

---

<sup>199</sup> Fenoy, T., « Vaccins et droit ou la version moderne de La Vache et le Prisonnier », in *Réalités & vaccinations*, Hors-série n°2, avril 2006, p. 9

<sup>200</sup> Bulletin d'information de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, août 2013

<sup>201</sup> Barthe Y., « Rendre discutabile... », *op. cit.*

sur l'exemple anglo-saxon<sup>202</sup>. Il existe toutefois des travaux portant sur le cas français, telle l'étude d'Anne Bertrand et de Didier Torny au profit du Centre de recherche Médecine, Science, Santé et Société (CERMES), là encore axée autour d'une association, la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations (LNPLV)<sup>203</sup>, groupe ayant structuré la contestation aux vaccins pendant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle (1954 - années 1990).

L'objectif de cette partie n'est donc pas de parler en détail de la contestation vaccinale historique mais plutôt de s'attarder sur les transformations qu'elle a pu connaître en lien avec les principes réunis dans la loi du 4 mars 2002, notamment ceux de sécurité et de démocratie sanitaire. Il est nécessaire cependant, afin de constater au mieux ces évolutions, de résumer les tenants et les aboutissants de la contestation vaccinale. Bien qu'elle ne constitue pas l'interlocuteur exclusif des pouvoirs publics dans le cadre du débat vaccinal, je parlerais ici de la contestation organisée, plus intéressante à observer car formant le creuset de l'argumentaire anti-vaccinal dans son ensemble. L'anti-vaccination, comme son nom l'indique, s'oppose au principe de la vaccination et plus particulièrement aux obligations. Pour ce faire, la contestation passe par du lobbying<sup>204</sup>, par la promotion de théories alternatives et par la dénonciation. Celle-ci répond à une volonté de stratégie de scandalisation dont les modalités historiques sont la compilation des « débordements », dont les accidents post-vaccinaux, et la mise en lumière des proximités entre l'Etat et les laboratoires pharmaceutiques (« Big Pharma »)<sup>205</sup>. La contestation se donne également pour mission d'alimenter la défiance vaccinale, c'est-à-dire les comportements individuels de rejet des vaccinations. Cela se traduit par des conseils afin de lutter contre les vaccinations, que ce soit *a priori* (en indiquant comment obtenir des certificats de complaisance ou de contre-indication), ou *a posteriori* (en donnant des moyens de « purger » le corps après une inoculation)<sup>206</sup>, et par un soutien juridique dans le cas de procès.

Après ce rapide retour sur la contestation vaccinale, il convient d'analyser en quoi les différentes transformations qui ont affecté le système de santé, et qui furent explicités dans le chapitre précédent, ont pu modifier l'action de la contestation vaccinale. Ces effets peuvent s'observer dans les nouveaux modes d'action de la contestation (A.) et sur l'argumentaire anti-

---

<sup>202</sup> Voir Durbach (2000 et 2004), Colgrove (2005), Johnston (2004), etc.

<sup>203</sup> Initialement fondée en 1954 par Marcel Lemaire, la Ligue nationale contre les Vaccinations prendra le nom de LNPLV en 1964 sous la présidence de Fernand Delarue.

<sup>204</sup> Par exemple, les propositions de loi du 5 décembre 1957, présenté par Roger Duveau, et du 30 janvier 2003, présenté par Christine Boutin, à l'Assemblée nationale.

<sup>205</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>206</sup> *Ibidem*

vaccinal (B.). Toutefois, malgré cela, la défiance et la dénonciation montrent leurs limites, notamment dans leur faible capacité à faire évoluer l'alerte en controverse (C.).

## A) De nouveaux modes d'action

### 1. Le développement de la contre-information

Que ce soit pour ses promoteurs comme pour ses détracteurs, l'information à propos de la vaccination constitue un enjeu important. Dans le cadre d'autres produits de santé, la simple urgence médicale suffirait à justifier leur recours. Ce n'est pas le cas pour les vaccins qui s'adressent avant tout à des personnes saines. Ainsi, les taux de couverture, quand ils ne profitent pas de régimes d'obligations (et encore), dépendent fortement de l'information qui circule vis-à-vis d'eux<sup>207</sup>. C'est de ce constat qu'est né l'Institut national de prévention et d'éducation de la santé (Inpes) par la loi du 4 mars 2002 dont l'une des missions est notamment de promouvoir la prévention, donc la vaccination<sup>208</sup>. Outre les campagnes en faveur des vaccins, l'action de l'Inpes passe également par la lutte contre les rumeurs et la contre-information.

La diffusion la plus large possible d'une information concurrente à celle délivrée par les autorités sanitaires constitue en effet le fondement de la contestation contemporaine à la vaccination<sup>209</sup>. Cette mission d'informer les citoyens n'est pas nouvelle mais était auparavant secondaire pour les mouvements anti-vaccinaux qui se formaient autrefois autour d'idéologies extrascientifiques (vitalistes surtout pour le cas français) : « Les théorisations diverses ne viennent que légitimer un rejet intuitif de la vaccination ; elles n'en sont pas à l'origine »<sup>210</sup>. Deux phénomènes viennent expliquer ce changement d'approche : les transformations du système de santé qui adoubent et légitiment l'accès à l'information médicale, mais également la perte de crédibilité de l'information officielle suite aux gestions malheureuses des campagnes de vaccination contre l'hépatite B (1993-1997) et contre la grippe H1N1 (2009-2010). La première se caractérisa par une communication alarmiste et détachée des réalités épidémiologiques<sup>211</sup> tandis que la seconde alimenta, du fait de la commande excessive de

---

<sup>207</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

<sup>208</sup> Articles L-1417-1 et 2 du Code de santé publique

<sup>209</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>210</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*, p. 427

<sup>211</sup> Benkimoun P., *op. cit.*

vaccins, les suspicions quant à une information contrôlée par des intérêts privés<sup>212</sup>. C'est donc dans ce double mouvement, revendication d'information et rejet de celle distribuée par les canaux officiels, que s'est construite la contre-information vaccinale. Cela se retrouve lorsque l'on lit, par exemple, l'éditorial de la page d'accueil du site de l'association ALIS (<http://www.alis-france.com/>) :

*« Nombreuses sont les personnes qui s'interrogent sur les vaccinations. Elles n'ont souvent qu'une information en provenance des milieux médicaux ou des autorités administratives qui prônent les vaccins. Faute d'information exhaustive sur l'utilité, l'efficacité et les dangers des vaccinations, les citoyens croient qu'elles sont indispensables et même obligatoires et ils cèdent aux pressions à contre cœur.*

*L'association ALIS est là pour apporter un éclairage sur ce domaine très controversé et pour aider les personnes à faire des choix libres, personnels et conscients. Vous trouverez sur ce site matière à réflexion et certainement l'envie de compléter votre information par des lectures supplémentaires. »*

Pour la défiance vaccinale, la contre-information remplit deux missions. Premièrement, elle sensibilise les individus aux arguments anti-vaccinaux (risques iatrogènes, incompatibilité juridique...), voire les invite à embrasser la cause. Héloïse Pillayre, dans son article traitant des victimes du vaccin contre l'hépatite B, montre que l'inspiration d'un « soupçon d'imputation causale » est plus régulièrement le fait d'un tiers, en l'occurrence de l'association REVAHB<sup>213</sup>, que de la victime elle-même. Deuxièmement, la contre-information représente un vivier d'arguments pour les partisans de la défiance vaccinale, surtout au sein de la relation thérapeutique. Cette dernière, ayant évolué d'un modèle paternaliste à un modèle davantage « délibératif »<sup>214</sup>, ouvre plus d'opportunités de négociations, de discussions, entre le patient et le médecin. La diffusion de l'information et des arguments ne se fait donc plus de façon descendante mais horizontale<sup>215</sup>. Deux conséquences notables à ce partage mutuel des

---

<sup>212</sup> 28 minutes (Arte) du mercredi 13 janvier 2016, avec Michèle Rivasi (députée européenne), Robert Cohen (pédiatre et infectiologue) et Jacques Bessin (président de l'Union nationale des associations citoyennes de Santé)

<sup>213</sup> Cette association de victime, en cela qu'elle en appelle à un moratoire sur les obligations vaccinales, voire leur suspension, peut être associée comme mouvement anti-vaccinal

<sup>214</sup> Bergeron H., *op. cit.*

<sup>215</sup> *Ibidem*

informations : le rejet négocié de certains produits de santé, ici la vaccination, est plus facilement accepté par les praticiens<sup>216</sup>, et ces mêmes praticiens adoptent une attitude de plus en plus positive vis-à-vis de méthodes alternatives à la vaccination, l'homéopathie entre autres<sup>217</sup>.

Il est pertinent de rapprocher la contre-information de l'activité de « vigilance » décrite par Chateauraynaud et Torny : un processus continu de collecte d'informations et d'indices servant d'outils dans la construction de l'alerte. D'ailleurs, ce développement de la vigilance est symptomatique de la période post-affaire du sang contaminé et de la multiplication des crises sanitaires : « En un sens, la montée des thèmes sécuritaires traduit une crise des formes ordinaires de régulation, conduisant peu à peu à une reconstruction paradoxale de l'exigence de vigilance »<sup>218</sup>.

## 2. La « stratégie de la contre-peur »

Un autre signe des transformations induites par la démocratie sanitaire est le recours à la stratégie de la « contre-peur ». Celle-ci fut permise par l'évolution des régimes de responsabilité qui engagent de plus en plus les médecins, notamment au travers de la modification de l'article 121-3 du Code Pénal en 1993 : « Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui ».

La « stratégie de la contre-peur », terme employé par Alain Scohy dans son ouvrage *Les dessous de la vaccination*, prétend renverser les arguments du discours « vaccinaliste » qui met les patients face aux risques de maladies pour imposer la vaccination<sup>219</sup>. Cette stratégie, à l'inverse, met le médecin face aux risques de complications post-vaccinales et exige de lui « d'assumer toutes les conséquences qui pourraient advenir et suivre la vaccination » et d'abandonner tout recours à une quelconque décharge de responsabilité, notamment envers l'Etat sous couvert d'obligation administrative<sup>220</sup>. Conformément à la dynamique de la

---

<sup>216</sup> Fainzang S., « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », *Revue française des affaires sociales*, 3/2007 (n° 3-4), p. 193-209

<sup>217</sup> Fainzang S., *Les normes en Santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique*, Les Rencontres SIRS 2004-2005, Document non édité, INSERM U444, 2005, p. 12-19

<sup>218</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Editions EHESS, Paris, 1999, p. 78

<sup>219</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>220</sup> Annexe 2

démocratie sanitaire, il y a un rejet des risques non consentis et ce, par tous les moyens. L'application de la « contre-peur » se traduit par l'emploi de lettres telles celle en annexe 2 ou celle reproduite par Bertrand et Torny et tirée du livre de Scohy suscitée<sup>221</sup>. Cette dernière est d'ailleurs particulièrement parlante puisqu'elle fait référence à toute séquelle survenant après la vaccination, sans attestation de causalité ni bornage de temps (s'appliquant même aux descendants !). Or, en absence de lien de causalité avéré, toute affection se situant temporellement après l'inoculation est susceptible d'être interprétée comme telle. Le médecin n'a aucune obligation à signer, mais, dans le cas contraire, cela confortera le patient dans son scepticisme.

La « stratégie de la contre-peur » renvoie également, et encore, à l'évolution du colloque singulier dans lequel le paternalisme médical s'efface peu à peu devant l'impératif de consentement. Bien que, dans le cadre des obligations vaccinales, ce ne soit pas le pouvoir du médecin qui s'exprime mais celui de l'Etat, au moyen de la police sanitaire, la nuance reste floue. Cela est imputable notamment à l'un des thèmes de prédilection de la contestation vaccinale : la dénonciation d'un Etat et d'un dogme médical (représenté par les lobbys pharmaceutiques) marchant main dans la main, ou « Big Pharma »<sup>222</sup>. L'inoculation apparaît d'autant plus comme un « viol », ou la preuve d'une « dictature », voire d'un « terrorisme » immunitaire<sup>223</sup>.

## B) De nouveaux procédés au service de la dénonciation

1. Transgression du principe de démocratie sanitaire, ruptures de stocks organisées, contrat d'incitation... Des pratiques scandaleuses ?

Le droit des malades donna à la contestation la capacité de se saisir de nouveaux arguments dans son processus de dénonciation, voire de scandalisation. En effet, en fixant de nouvelles normes, ce droit, notamment par la démocratie sanitaire, eut des effets directs et indirects sur la politique vaccinale et sa perception par le public.

---

<sup>221</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*, p. 69

<sup>222</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>223</sup> *Ibidem*

Déjà, en instaurant un impératif de consentement pour tout acte médical, le Code de déontologie médicale et la loi du 4 mars 2002 (qui est la traduction juridique du premier) contribuèrent à étoffer l'argumentaire anti-vaccinal selon lequel les obligations vaccinales sont illégales. Cette dénonciation n'est pas récente, cependant, elle s'appuyait autrefois sur une bataille d'interprétation de certains textes, notamment l'article 3 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme : « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne », ou l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946. Or, comme nous l'avons dit à propos de l'ordre public sanitaire, ce sont ces mêmes textes qui justifient l'intervention sanitaire de l'Etat. Avec la loi du 4 mars 2002, la dénonciation est renouvelée du fait que le texte souffre de moins d'ambiguïté : « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »<sup>224</sup>. Dans le même sens, les transformations du système de santé consacrèrent également l'inviolabilité du corps humain par la loi n°94-653 du 29 juillet 1994. C'est donc au nom de ces textes que l'anti-vaccination dénonce comme illégale et anticonstitutionnelle les obligations vaccinales<sup>225</sup>.

Par ricochet, l'impératif de consentement provoqua une systématisation moindre des vaccinations et donc, une baisse des taux de couverture pour les vaccins recommandés. Cette situation conduisit les pouvoirs publics à réagir de deux façons : en intégrant les valences souhaitées par les autorités sanitaires aux vaccins obligatoires et en incitant davantage les praticiens à procéder à des vaccinations. Pour rappel, les seuls vaccins obligatoires en population générale aujourd'hui sont ceux contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP). Or, il s'avère que la production du vaccin trivalent correspondant à ces maladies a été progressivement freinée puis finalement arrêtée en 2008, faisant qu'il est actuellement en rupture de stock. Ne sont alors disponibles aujourd'hui que des vaccins contenant des valences supplémentaires (DTP +1, +2 ou +3) donc facultatives, notamment le controversé vaccin anti-hépatite B. Ainsi, certains parents ne font pas vacciner leurs enfants en prétextant que le vaccin couvrant les seules valences obligatoires n'est plus disponible. Si des facteurs économiques sont mentionnés pour expliquer cette rupture, c'est bien la volonté de contrebalancer la baisse du taux de couverture des vaccinations recommandées qui est avancée par les pouvoirs

---

<sup>224</sup> Article L1111-4 du Code de santé publique

<sup>225</sup> « Lois d'obligation vaccinale : pourquoi nous réclamons une clause de conscience », document ALIS

publics<sup>226</sup>. Dans le même esprit, les pouvoirs publics ont mis en place les Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en juillet 2009. Les CAPI sont une politique d'incitation mis en place en juillet 2009 auprès des professionnels de santé dont l'objectif est, entre autres, d'encourager les médecins à effectuer plus de vaccinations. A ce titre, ils reçoivent pour chaque inoculation une somme de 7 euros. Cette politique est traitée de scandaleuse, par exemple par Jacques Bessin, président de l'Union nationale des associations citoyennes de santé (UNACS), en cela qu'elle représente encore un rapprochement entre l'Etat et la médecine et qu'elle contrevient à la liberté de prescription<sup>227</sup>.

Ces différents points sont mobilisés par la contestation pour entamer un processus de scandalisation, en dénonçant tantôt une quête de profit des laboratoires au détriment de la santé des citoyens, tantôt une immixtion accrue de l'Etat dans la vie privée. Dans un cas comme dans l'autre, ce qui est souligné est la transgression des normes et des valeurs, ici l'indépendance de la médecine et la libre disposition de son corps<sup>228</sup>.

## 2. « Des manœuvres pour se grandir »<sup>229</sup>

En plus des arguments suscités, la dénonciation anti-vaccinale a recouru à divers procédés afin de rendre son discours davantage audible et recevable de la part du public. En effet, que ce soit du point de vue des pouvoirs publics<sup>230</sup> ou de celui des acteurs de la contestation eux-mêmes<sup>231</sup>, l'anti-vaccination ne dispose que d'une visibilité limitée, fortement dépendante des expériences personnelles des individus. Afin de pallier cela, la contestation, depuis les années 1990 notamment, cherche à normaliser sa dénonciation en s'augmentant et en se dé-singularisant<sup>232</sup>.

La dé-singularisation correspond, selon Boltansky, à donner à la dénonciation, et donc à l'injustice qu'elle incarne, un vernis de subjectivité. Au sein du système actanciel de ce même auteur, divisant la dénonciation en quatre rôles, ou actants (dénonciateur, victime, persécuteur

---

<sup>226</sup> « La vaccination obligatoire des enfants doit-elle rester obligatoire ? », *Les auditeurs ont la parole* (RTL) du 20 mars 2015

<sup>227</sup> *28 minutes* (Arte) du mercredi 13 janvier 2016, avec Michèle Rivasi (députée européenne), Robert Cohen (pédiatre et infectiologue) et Jacques Bessin (président de l'Union nationale des associations citoyennes de Santé)

<sup>228</sup> Guienne V., *Nos choix de santé : Dilemmes et controverses*, éditions L'Atalante, 2012

<sup>229</sup> Boltansky L. avec Darré Y. et Schiltz M.-A., « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°51, 1984, p. 3-40

<sup>230</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

<sup>231</sup> Bessin J., « Vaccination : la presse en parle, mais que relate-elle vraiment ? », [www.unacs.org](http://www.unacs.org)

<sup>232</sup> Boltansky L. avec Darré Y. et Schiltz M.-A., *op. cit.*

et juge)<sup>233</sup>, cela se traduit d'abord par des postures de plus en plus collectives pour chacun d'eux. Par exemple, la dénonciation des vaccins obligatoires tend à se détacher de l'individu seul ou de l'association pour impliquer la société civile, pour exprimer une forme de « bio-citoyenneté »<sup>234</sup>. Pour reprendre une fois encore les mots d'Alain Scohy, ce dernier place l'anti-vaccination au-delà de la lutte pour la santé individuelle mais sous le signe d'une lutte civique. La dénonciation des vaccinations obligatoires a donc évolué avec la perception que le public a du système de santé et, plus singulièrement, de sa santé. C'est la démocratie sanitaire, avec son cortège de droits nouveaux apporté depuis les années 1980, qui a permis cette évolution en faisant en sorte que les réflexions autour des questions de santé ne se limitent plus au simple principe de survie, mais intègrent celui de citoyenneté<sup>235</sup>.

Enfin, toujours selon Boltansky, l'un des procédés permettant de favoriser la dénonciation consiste à grandir les actants. Cela contribue à rendre d'autant plus acceptable la dénonciation en faisant en sorte de développer le « nous », en faisant « construire un pont avec le général »<sup>236</sup>. Or, un des moyens de développer la victime ou le dénonciateur (figures parfois confondues dans la dénonciation vaccinale) est de grandir le persécuteur, notamment en usant du thème de la « conspiration » ou du complot<sup>237</sup>. On rejoint alors le Big Pharma déjà mentionné ou l'orientation qu'a pu prendre la LNPLV sous la présidence de Simone Delarue (1979-1992) qui s'est beaucoup rapprochée de théoriciens du complot<sup>238</sup>, comme par exemple Sylvie Simon. La volonté « d'interpréter » le Sida<sup>239</sup>, par exemple, qui s'ensuivit fut intimement liée avec celle de contrebalancer l'acceptabilité et l'attente croissante en faveur d'un vaccin contre ce fléau infectieux, et plus généralement en faveur de la vaccination.

---

<sup>233</sup> *Ibidem*

<sup>234</sup> Fazzari M., *Crise de la vaccination ou crise de l'anti-vaccination ?*, mémoire pour le master de philosophie, Paris I Panthéon-Sorbonne, 2015

<sup>235</sup> *Ibidem*

<sup>236</sup> Boltansky L. avec Darré Y. et Schiltz M.-A., *op. cit.*

<sup>237</sup> *Ibidem*

<sup>238</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

<sup>239</sup> De nombreux parallèles et hypothèses ont été faits entre les vastes campagnes de vaccinations opérées en Afrique et le fait que le foyer d'émergence suspecté du Sida se situe en Afrique.

## C) Une affaire vaccinale ?

### 1. Les limites de la dénonciation anti-vaccinale

L'avenir d'une alerte ou d'une dénonciation est très fluctuant et dépend de plusieurs facteurs, notamment de sa crédibilité et de son écho au sein du public. Malgré une dénonciation renouvelée grâce à la démocratie sanitaire, la contestation de la vaccination obligatoire souffre de ne pouvoir passer « d'une configuration à une autre », ou, en d'autres termes, de faire évoluer son alerte bien au-delà de la polémique<sup>240</sup>. Nous avons vu que la contestation a multiplié ses griefs en ne dénonçant non plus seulement les dangers de la vaccination, mais également l'incompatibilité avec les normes, juridiques ou morales, des obligations vaccinales. Cependant, si cette nouvelle orientation peut se traduire comme une tentative pour la contestation de paraître plus « raisonnable » et donc, plus acceptable<sup>241</sup>, cela se révèle tantôt excessif, tantôt insuffisant.

Un des freins à l'évolution de la dénonciation des vaccins est le fait qu'elle tombe dans ce que Chateauraynaud et Torny nomment la « figure limite », le point à partir duquel elle tombe dans l'excès et devient irréaliste. En effet, ce qui explique en partie le défaut de réceptivité de l'alerte, c'est la véhémence des mouvements anti-vaccinaux qui, comme nous l'avons dit, mêlent complot (pharmaceutique ou autre) et « prophéties de malheur », annonçant des désastres immunitaires à venir. Il y a alors une difficulté (voire une « impossibilité » selon Bertrand et Torny) à organiser polémique ou controverse qui tournent rapidement en « spirale pamphlétaire ». En témoigne l'iconographie anti-vaccinale, très présente dans les différentes publications du genre<sup>242</sup>, ou certaines tournures de phrases employées, par exemple par Sylvie Simon, qui gagne un « point Godwin » en comparant les essais cliniques de vaccins à l'holocauste et en appelant alors à un « tribunal de Nuremberg »<sup>243</sup>. Le caractère décrédibilisant de cet excès jusqu'à la « figure limite » est d'autant plus visible dans les discours de plusieurs prévenus dans des procès ayant pour toile de fond les vaccinations obligatoires en 2015 (procès Larère et deux autres). En effet, chacun d'eux insista devant les médias que leurs actions de

---

<sup>240</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*

<sup>241</sup> *Ibidem*

<sup>242</sup> Annexe 6

<sup>243</sup> Simon S., « Le massacre des innocents », *Réalités & vaccinations*, Hors-série n°2, avril 2006, p. 23-34

défiance n'avait aucun rapport avec un quelconque « sectarisme anti-vaccinal »<sup>244</sup> (et ce alors que l'avocat des époux Larère avait été choisi et rémunéré par l'UNACS<sup>245</sup>).

Le second frein à l'alerte anti-vaccinale se situe dans le choix de ses agents. Ces derniers constituent des facteurs de crédibilité pour le mouvement au travers d'une maîtrise du langage technique et scientifique, ou d'un statut de porte-parole « autorisé », tel un médecin ou un avocat. Dans le cas de l'anti-vaccination, les agents choisis étaient initialement des médecins hostiles à Pasteur, puis, quand la profession adopta de plus en plus les vaccins, elle revendiqua davantage son statut de profane pour discuter librement sur le sujet, mettant en avant le ressenti de ses partisans. A ce titre, les publications de la LNPLV sont annotés de la phrase : « Libre de toute obédience politique, médicale, commerciale, idéologique et religieuse ». Pourtant, et ce afin de convaincre une plus grande audience, un détour par les experts fut abordé. Par exemple, à la suite de la démission de Simone Delarue de la présidence de la LNPLV, ce fut Michel Georget, biologiste de profession, qui lui succéda. Néanmoins, comme nous le verrons plus tard, cette familiarisation de la contestation avec les règles du jeu médico-scientifique et juridique reste incomplète ou du moins relative. Par exemple, dans le théâtre de la controverse scientifique, la contestation ne parvient pas, du fait des coûts que cela implique, à construire un « contre-laboratoire » pour discuter, sur le même plan, les résultats des promoteurs de la vaccination<sup>246</sup>. De fait, aux résultats épidémiologiques de ces derniers, les antis ne peuvent qu'opposer des « éléments hétéroclites » tels que des témoignages, des jugements ou des collections de victimes<sup>247</sup>.

*In fine*, bien que la démocratie sanitaire ait effectivement permis à la contestation, en tant que lanceur d'alerte professionnelle, de se saisir de nouveaux arguments, elle ne lui permit pas pour autant de faire confirmer sa dénonciation comme un scandale, soit en une demande unanime du public d'un châtement pour le coupable<sup>248</sup>. De même, la question vaccinale ne pourrait être qualifiée « d'affaire » dans la mesure où celle-ci constitue une « rupture d'unanimité » par rapport à une situation de scandale : « il n'est d'affaire possible si au préalable, un scandale n'a pas éclaté »<sup>249</sup>. Toutefois, l'état du débat vaccinal, en cela qu'il

---

<sup>244</sup> Cécile Deffontaines, « Mickaël Lecomte, un père anti-vaccin au tribunal », nouvelobs.com, mis-à-jour le 9/11/2015

<sup>245</sup> L'association, bien qu'elle déclare ne pas être anti-vaccinale, milite en faveur d'une abolition des obligations, ce sur quoi je m'appuie pour la qualifier comme telle.

<sup>246</sup> Latour B., *La science en action*, La Découverte, 1989

<sup>247</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>248</sup> De Blic D. et Lemieux C., *op. cit.*

<sup>249</sup> *Ibidem*, p. 19

oppose deux camps et offre un « moment particulièrement agité de transformation sociale et de réversibilité des positions »<sup>250</sup> (en témoigne les changements récents des postures des pouvoirs publics vis-à-vis des obligations) porte à croire qu'il existe une affaire des vaccins. Pour rendre compte de cette dernière, il est nécessaire de renverser la focale en n'observant non plus la dénonciation anti-vaccinale, mais plutôt la dénonciation pro-vaccinale (ou anti-anti-vaccinale).

## 2. L'affaire vaccinale comme « rupture publique d'unanimité » pro-vaccinale

Nous avons parlé de la contestation, mais nous n'avons finalement que peu évoqué son reflet, à savoir les pro-vaccinations, autrement qu'au travers des actions de verrouillage. Or, l'action des promoteurs des vaccins englobe également l'accusation régulière de ses adversaires, qu'ils soient revendiqués comme tels (anti-vaccination) ou identifiés ainsi. Par exemple, les hygiénistes, premiers fervents partisans des vaccins, accusèrent comme atteinte à l'hygiène (santé publique) le manque de zèle des pouvoirs publics au vu des résultats mitigés de l'obligation vaccinale de 1902 ; la science, et surtout la science de Pasteur, ne pouvant être remise en question : « il y a toujours des acteurs qu'on ne peut pas rendre coupable et d'autres vers lesquels glisse invariablement l'accusation »<sup>251</sup>. Cela rejoint la mise en boîte noire des vaccinations ; ne pas les suivre relève du scandale<sup>252</sup>. Cette accusation systématique des contrevenants à la vaccination, et les sanctions associées de plus en plus sévère, sont permises par le « capital confiance » important en faveur du procédé, du moins à l'époque. Ainsi, les promoteurs agissent en tant qu'entrepreneurs de morale, dénonçant la déviance que constitue la défiance vaccinale<sup>253</sup>. Cette croisade en faveur des vaccins s'intéresse d'ailleurs davantage aux fins (la couverture vaccinale) qu'aux moyens, ce qui peut expliquer le recours aux obligations. Croisade qui s'apparente à un processus de scandalisation permanent<sup>254</sup>. Pour reprendre la sociologie de la déviance d'Howard Becker, la pro-vaccination s'interprète comme une tentative d'imposition d'une vision du bien unilatérale.

Cette imposition des normes est, comme nous l'avons dit, permise par le « capital confiance » accordé aux vaccins, et plus généralement au système de santé. Or, l'une des

---

<sup>250</sup> *Ibidem*, p. 17

<sup>251</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984, p. 90

<sup>252</sup> *Ibidem*

<sup>253</sup> Becker O., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985

<sup>254</sup> Le même parallèle entre dénonciation de la déviance et scandalisation et également fait par Damien De Blic et Cyril Lemieux dans leur article.

conséquences de l'affaire du sang contaminé a été d'ébranler cette confiance. De même, celle propre aux vaccins s'est peu à peu dégradée suite aux différents événements suscités tels que l'arrêt du DTP simple ou la crise du H1N1, faisant passer, selon Baromètre Santé, la cote de confiance des vaccins de 90 à 60% entre 2009 et 2010. Ainsi, d'une situation de scandale de l'anti-vaccination, on passe à une situation d'affaire des vaccins. L'accusation se retourne en partie vers les entrepreneurs de morale et deux camps se forment<sup>255</sup> : « Ce n'est plus la résistance aux vaccinations qui est interrogée, mais le maintien de l'obligation vaccinale »<sup>256</sup>. Il faut noter que l'anti-vaccination a contribué à cette transition du fait de sa dénonciation des vaccinations obligatoires : « une condamnation au départ unanime est remise en cause (ce qui est loin d'aller de soi) par une accusation publique dirigée contre le dénonciateur, contre-attaque qui a pour effet d'instituer une division sociale »<sup>257</sup>. Il y a donc bien une affaire vaccinale, voire une crise vaccinale.

## **II- L'état de la question vaccinale**

La démocratie sanitaire, en introduisant un socle juridique à la contestation, a permis par là-même de faire progresser la question vaccinale au-delà des considérations purement sanitaires, en d'autres termes, à la déssectoriser. On assiste alors à une « requalification » des vaccins obligatoires, donc à une politisation accrue de ceux-ci<sup>258</sup>. Cette évolution se constate dans l'argumentaire anti-vaccinal. Si hier l'accent était mis sur la remise en cause de la capacité des vaccins à efficacement protéger la population<sup>259</sup>, c'est davantage la capacité de l'Etat à prendre en charge la santé des individus, le « biopouvoir » selon Foucault, qui est aujourd'hui mis en doute. A cela s'ajoute la baisse de la confiance en faveur des vaccins. Par ces éléments, rupture de l'ordre social et politisation accrue de la question vaccinale, il est possible de parler de crise pour mentionner le dossier vaccinal<sup>260</sup>. En effet, à propos de la question vaccinale sont rassemblées les différentes modalités propres aux crises (appui sur l'actualité, « incertitudes sur l'avenir », « interprétation des stratégies et des alliances », etc.<sup>261</sup>). Or, pareil à ce qui a été dit

---

<sup>255</sup> De Blic D. et Lemieux C., *op. cit.*

<sup>256</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*, p.44

<sup>257</sup> De Blic D. et Lemieux C., *op. cit.*, p. 19

<sup>258</sup> Lagroye J., « Les processus de politisation », in Jacques Lagroye (dir.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, p. 359-372

<sup>259</sup> Delarue F. *L'Intoxication vaccinale*, Seuil, 1977

<sup>260</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*

<sup>261</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*, cf. tableau p. 74-75

à propos de la dénonciation anti-vaccinale, il semblerait que cette crise des vaccins se heurtent à sa « figure limite », c'est-à-dire à des phénomènes de violence politique par lesquels l'Etat procède à des tentatives de contrôle social<sup>262</sup>. En effet, l'ordre public sanitaire, par sa capacité à produire un droit exorbitant, justifié par la jurisprudence notamment, les obligations vaccinales, faisant ainsi obstacle à la formation d'une « nouvelle configuration politique ». Nous avons déjà évoqué l'arrêt ALIS du Conseil d'Etat mais il faut également parler de la décision rendue par le Conseil Constitutionnel suite à la QPC déposée par l'avocat des époux Larère, et qui confirme une fois encore la compétence du Parlement à décider d'une politique vaccinale<sup>263</sup>.

Il ne faut toutefois pas réduire la situation à l'asymétrie des rapports de force et, au contraire, s'intéresser à cette crise, à cette affaire, pour en dégager sa « force instituante », la voir comme une « épreuve » pour les régimes d'obligations<sup>264</sup>. Si l'alerte à propos des obligations n'a pas abouti à une révision de celles-ci jusqu'à maintenant, elle a toutefois permis de mettre la lumière sur un certain nombre « d'alertes dérivées » qui contribuent au processus de discutabilité, preuve en est la possibilité ouverte de l'organisation d'une discussion publique sur le sujet<sup>265</sup>. De fait, il convient d'analyser les apports éventuels du débat sur la discutabilité des vaccinations obligatoires, d'abord en mettant à plat les divisions qui opposent les deux camps (A.), puis en observant plusieurs mises-en-scène de la question vaccinale qui sont autant d'épreuves, au sens de De Blic et Lemieux, imposées à aux obligations (B.).

## A) « L'arbre du doute » des vaccinations

### 1. Tenants de la réglementation contre libertaires

Lorsqu'une alerte se prolonge dans le temps, l'accusation tend à se diviser en une pluralité « d'alertes dérivées » qui constituent, au final, les véritables matrices du débat : « Le propre des alertes dérivées est d'ouvrir des pistes refermées par les instruments de calcul et de mesure les plus stabilisés autour desquels s'organisent les grandes polémiques et leurs

---

<sup>262</sup> *Ibidem*

<sup>263</sup> Blavignat Y., « La vaccination des enfants doit rester obligatoire, affirme le Conseil constitutionnel », lemonde.fr, mis-à-jour le 20 mars 2015

<sup>264</sup> De Blic D. et Lemieux C., *op. cit.*

<sup>265</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

résolutions institutionnelles »<sup>266</sup>. De fait, au-delà des oppositions d'ordre sanitaire, la question vaccinale a cristallisé d'autres types de divisions, chacune apportant des arguments dans le débat en explorant « toutes les branches de l'arbre du doute »<sup>267</sup>.

Premièrement, il y a les divergences autour des libertés individuelles, qui sont régulièrement opposées aux réglementations sanitaires, ce sur quoi il fut déjà longuement question dans l'étude. Pour reprendre les termes développés dans l'introduction, il s'agit là d'une remise en cause profonde du biopouvoir de l'Etat. Il est par ailleurs faux de limiter cet affrontement entre les « tenants de la réglementation » et les « libertaires » au seul débat vaccinal car il concerne l'ensemble de la stratégie de santé publique<sup>268</sup>, voire, l'ensemble de la société par le prisme du *New Public Management* (NPM)<sup>269</sup>. Je prends pour exemple les termes de la loi Évin de 1991 qui, justement, oppose des objectifs de santé publique aux libertés (d'entreprendre notamment), et c'est au nom du respect de ces mêmes libertés qu'elle est régulièrement remise en cause, récemment encore par un amendement de la loi Macron de 2015.

Dans le cadre plus restreint des obligations vaccinales, l'opposition à la vaccination, qu'elle soit l'œuvre d'associations ou non, s'appuie sur la revendication à la fois d'un droit et d'une capacité à aller à l'encontre des injonctions de santé. L'affirmation de ce droit, nous l'avons vu, fut favorisé par le processus de démocratie sanitaire, quant à celle de la capacité, elle se fit à l'aune du développement de la contre-information. Contester les vaccinations obligatoires revient alors à s'approprier une capacité à prendre en charge sa santé. En effet, l'opposition aux vaccinations est dépendante de la compétence statutaire, soit du « sentiment [...] d'être statutairement fondé et appelé à exercer cette capacité spécifique »<sup>270</sup>. Le refus de la vaccination n'est plus l'expression d'un rejet instinctif mais se double d'une véritable pensée sur ce qu'est la santé et comment elle doit être gérée. Cela rejoint d'ailleurs l'idée évoquée précédemment que le refus de la vaccination s'inscrit dans un parcours citoyen (Roberto Esposito), par la revendication d'une « bio-citoyenneté » ou par la défense d'un « projet biopolitique personnel »<sup>271</sup>. Cette réflexivité conduit plusieurs auteurs ayant travaillé sur l'anti-

---

<sup>266</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*, p. 117

<sup>267</sup> *Ibidem*

<sup>268</sup> Tanti-Hardouin N., *La liberté au risque de la santé publique*, Les Belles Lettres, 2013

<sup>269</sup> Domin J.-P., *op. cit.*

<sup>270</sup> Bourdieu P., « Questions de politique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 16, 1977, p. 58-89

<sup>271</sup> Fazzari M., *op. cit.*

vaccination<sup>272</sup> à la considérer comme une pratique socialement située au niveau des classes moyennes scolarisées, voire dans la haute bourgeoisie.

## 2. La mise en doute de l'expertise sanitaire

Le deuxième point de divergence se situe dans l'acceptation d'une expertise sanitaire, celle proposée par l'Etat. En effet, le vaccin ne peut pas se limiter à son simple statut de produit de santé. Imposer un vaccin, c'est également imposer un calcul coût-bénéfice, une acceptation des risques, ou, pour résumer, une expertise qui y est associée. En effet, lorsqu'est décidée une politique vaccinale, le risque d'effets secondaires (estimé à quelques cas pour 100 000 injections pour la plupart des vaccins) n'est pas occulté et entre au contraire en compte, instaurant la dite balance coût-bénéfice<sup>273</sup>. Or, nous avons vu que la défiance vaccinale se rassemblait autour d'individus dont l'histoire personnelle connaît au moins un exemple d'accident iatrogène lié aux vaccins, ou d'une sensibilisation au sujet par l'intermédiaire de la contre-information. Ces événements les ont conduits à développer, à partir de leur expérience, leur propre calcul coût-bénéfice et donc, à refuser celui qu'il leur est proposé. La défiance vaccinale correspond donc aussi à une suspicion envers la forme d'expertise imposée que sont les vaccinations obligatoires. Cela s'incorpore dans un mouvement plus vaste de suspicion envers les experts qui a été identifié (et qui fut notamment un enjeu lors des débats autour de la loi du 4 mars 2002<sup>274</sup>) et incorporé dans le fonctionnement même de l'expertise<sup>275</sup>.

Il y a donc un conflit autour des expertises. D'un côté, il y a l'Etat et les autorités sanitaires qui doivent défendre leurs choix techniques, chose d'autant plus compliquée du fait que le verrouillage s'accompagne d'une augmentation des coûts de l'argumentation, aussi bien pour les contestataires que pour les défenseurs. En effet, les décideurs doivent ici justifier leur capacité à gouverner (la santé entre autres) et ce en s'appuyant sur un héritage de réduction des possibilités<sup>276</sup>. D'un autre côté, il y a les contestataires à la vaccination qui doivent batailler pour rendre légitime leur expertise née, non pas de connaissances académiques (du moins, pas

---

<sup>272</sup> Notamment ceux ayant participé à la conférence « Immunity and Modernity : Picturing Threat and Protection » organisée le 29 mai 2015 à l'université de Leuven (Belgique).

<sup>273</sup> *28 minutes* (Arte) du mercredi 13 janvier 2016

<sup>274</sup> 1<sup>ère</sup> séance du mercredi 3 octobre 2001, Assemblée nationale

<sup>275</sup> Barthe Y. et Gilbert C., « Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance », in *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Dumoulin L., La Branche S., Robert C. et Warin P. (dir.), PUG, 2005, p. 43-62

<sup>276</sup> Barthe Y., « Rendre discutable..., *op. cit.*

exclusivement), mais de l'expérience. Ces expertises profanes, ou « expertises expérientielles », ont notamment profité des voies ouvertes par la loi du 4 mars 2002 pour se rendre davantage audibles et contribuer ainsi à la démocratie sanitaire<sup>277</sup>. Cependant, à propos de la question vaccinale, il n'existe aucune structure qui permettrait l'expression de ces points de vue. Ce défaut de « vaccino-vigilance »<sup>278</sup>, qui est d'ailleurs pointée du doigt aussi bien par les autorités sanitaires que par la contestation<sup>279</sup>, est surtout lié au fait que les liens de causalité entre vaccins et effets secondaires sont difficiles à mettre en place.

Ce conflit des expertises est à rapprocher de ce qui a été dit sur la tradition clinique en cela que la mise en doute, voire la mise en concurrence, des expertises sanitaires et des décisions associées, remet en balance les positions dans les rapports entre médecin et patient (colloque singulier) ou entre l'Etat et l'utilisateur.

### 3. Médecine autorisée contre médecines alternatives.

De la part des autorités sanitaires, refuser les vaccinations se traduirait par une relativisation dangereuse, voire une négation, des risques liés aux maladies infectieuses. Il s'agit là d'un « procès en irrationalité » : du fait que certains ne souscrivent pas à la rationalité portée par un réseau indiscutable, on les accuse d'être affiliés à des « para-sciences » ou des « antisciences »<sup>280</sup>. Selon Latour, il ne faut pas observer ces affaires à partir du point de vue de la logique violée, mais de celui qui a opéré un déplacement allant à l'encontre du dit-réseau. Et, lorsque l'on observe la défiance vaccinale, on constate que le refus des vaccins ne signifie généralement pas un refus de toute forme d'immunisation. Au contraire, ce refus s'accompagne très souvent de stratégies de vie alternatives ayant pour base l'alimentation bio<sup>281</sup> ou les médecines douces<sup>282</sup> par exemple. On retrouve ici le « projet biopolitique personnel » mentionné précédemment.

---

<sup>277</sup> Akrich M. et Rabeharisoa V., « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, 1/2012 (Vol. 24), p. 69-74

<sup>278</sup> Comprendre une vaccino-vigilance indépendante de celle des laboratoires producteurs de vaccins.

<sup>279</sup> Outre les associations d'utilisateurs, plusieurs institutions ont souligné le besoin urgent de construire une vaccinovigilance indépendante en Europe (OMS) ou plus spécifiquement en France (Sénat depuis 2009).

<sup>280</sup> Latour B., *La science en action*, La Découverte, 1989

<sup>281</sup> L'un des trois groupes fondateurs de la LNPLV fut la mouvance « Vie Claire », dirigée à l'époque par M. Geoffroy, fondateur des magasins du même nom spécialisés en alimentation bio.

<sup>282</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

Outre le fait d'interroger sur le bien-fondé des obligations, le débat fait donc également ressurgir la question des alternatives à la vaccination. Cette situation est intimement liée au processus de discutabilité. En effet, le déverrouillage d'un choix technique passe souvent par la résurgence des « possibles non advenus » qui avaient été exclus par le passé afin de construire un héritage incontournable<sup>283</sup>. Dans le cas qui nous intéresse, cela passe par la promotion des médecines douces, notamment l'homéopathie, qui s'opposent à une médecine dirons-nous « autorisée » qui s'appuie sur les vaccins. Cette division reprend les termes du conflit d'expertises ou de rationalités susmentionné, cependant, elle diffère de ce dernier dans le sens où l'attachement à la norme, ici le respect des libertés ou de la santé, n'est pas le but premier. L'antivaccinalisme constitue au contraire un « fonds de commerce » pour cette constellation de praticiens de médecines alternatives qui exploitent les méfiances de certains envers les vaccins pour promouvoir leurs produits et pratiques<sup>284</sup>. Par exemple, le site Santé Nature et Innovation, relai des « médecines alternatives et complémentaires », publie des articles tels que « Vaccin contre la grippe : 0 % d'efficacité au Canada ». Outre son action de contre-information, ce genre d'article insiste sur le fait que les vaccinations se font « en pure perte », que l'argent est « gaspillé » sans espoir de protection mais avec des risques d'effets secondaires, et ce, avant de proposer des moyens alternatifs « avec uniquement des effets secondaires positifs [souligné dans le texte] »<sup>285</sup>.

## B) Un blocage de la question vaccinale ?

### 1. Une controverse qui tourne au « dialogue de sourds »

Dans le cadre de choix techniques, une controverse éclate à partir du moment où existent des incertitudes irréductibles et voit ainsi un échange d'arguments et de contre-arguments ayant pour objectif de déterminer une ou plusieurs « solutions légitimes »<sup>286</sup>. Le dossier vaccinal se prête donc bien aux controverses, celui-ci comportant plusieurs incertitudes dont la plus régulièrement citée est celle de l'innocuité de ces produits de santé. Comme le souligne Sandrine Hurel en ouverture de son rapport sur la politique vaccinale, cette dernière n'a jamais

---

<sup>283</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

<sup>284</sup> Skomska-Godefroy J., *op. cit.*

<sup>285</sup> Dupuis J.M., « Vaccin contre la grippe : 0 % d'efficacité au Canada », [www.santenatureinnovation.com](http://www.santenatureinnovation.com)

<sup>286</sup> « Controverses et communication », *Hermès*, n°73, CNRS Editions, 2015

été exempte de controverses, qu'elles soient scientifiques ou publiques. Le principe même de vaccination est depuis longtemps controversé, et ce depuis l'époque de Pasteur (pour le cas français<sup>287</sup>) qui connut l'opposition de contradicteurs tels que Michel Peter ou Robert Koch<sup>288</sup>. Cependant, ces controverses ont été « normalisées » par l'adoption dans les instruments de la vaccination, les amenant à être « intégrées institutionnellement à travers leur prise en charge par la communauté des pairs et les réponses nouvelles que celle-ci s'efforce de leur apporter »<sup>289</sup>. Un exemple à cela est le problème de l'innocuité qui se veut désormais pleinement géré par les autorités sanitaires, notamment le CTV et l'ANSM, au travers des calculs coûts-bénéfices.

La normalisation des controverses ne signifie pas pour autant leur clôture définitive. Ainsi, le dissensus s'est déplacé depuis la communauté des pairs (controverse scientifique) vers un terrain engageant une multitude d'acteurs (controverse publique). Si des ressources scientifiques sont parfois mobilisées dans ces débats, les controverses publiques se distinguent par la grande diversité des arguments et de leurs usages, d'où la difficulté à les encadrer qui en résulte<sup>290</sup>. En ce qui concerne le débat vaccinal, on constate des difficultés pour les différentes parties à pouvoir discuter, car, bien qu'elles partagent un langage scientifique et technique commun, elles ne suivent pas les mêmes axiomes. Par exemple, la validité du principe d'immunité grégaire, qui constitue le pilier des obligations vaccinales, est niée par la contestation. Jacques Bessin, président de l'UNACS, régulièrement interrogé sur les questions vaccinales, refuse de considérer un quelconque gain collectif dans les vaccins et cite systématiquement le scénario : « quand c'est votre enfant, il trinque à 100 % ! »<sup>291</sup>. De même, la LNPLV, dans sa contribution adressée à Sandrine Hurel, insiste sur le fait que « le vaccin représente d'abord un avantage individuel »<sup>292</sup>. Au-delà du principe d'immunité grégaire, c'est même l'ensemble des vaccins qui sont parfois désignées de vaste fumisterie, ce qui n'aide pas à organiser la moindre discussion sur le sujet : « L'étude de cette vaccination [antitétanique], fleuron de la médecine, la plus utile et la plus indispensable des vaccinations pour les partisans

---

<sup>287</sup> Edward Jenner (1749-1823), précurseur anglais de la « vaccine » moderne, dû lui aussi faire face à de très nombreuses oppositions.

<sup>288</sup> Latour B., *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984

<sup>289</sup> Lemieux C., « À quoi sert l'analyse des controverses ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 1/2007 (n° 25), p. 191-212

<sup>290</sup> Gingras Y., *op. cit.*

<sup>291</sup> « La vaccination obligatoire des enfants doit-elle rester obligatoire ? », *Les auditeurs ont la parole (RTL)* du 20 mars 2015

<sup>292</sup> Contribution de la LNPLV à la mission de Madame Hurel, 23 juin 2015, p. 11

des vaccinations, se révèle complètement inutile. Malheureusement, il en est de même pour d'autres vaccinations et peut être bien toutes les vaccinations »<sup>293</sup>. Cette absence de règles communes fait que les arguments peinent à convaincre, conduisant à ce que Chateauraynaud appelle un « dialogue de sourds ».

De fait, le débat tourne essentiellement autour d'accusations de dérives sectaires (anti-vaccinalisme<sup>294</sup> contre pasteurisme), d'intérêts dissimulés (médecines alternatives contre « Big Pharma ») ou de manipulation des données<sup>295</sup>. Cette tendance dans le débat vaccinal, à davantage discuter de ceux qui portent les arguments que des arguments eux-mêmes, pousse d'ailleurs Bertrand et Torny à déclarer une « impossibilité [à] organiser les controverses »<sup>296</sup>. Sentiment partagé par Sandrine Hurel qui constate que les pouvoirs publics et les scientifiques ont depuis longtemps abandonné le terrain de la discussion, réduisant la contestation aux seuls « mouvements anti-vaccin ».

Les controverses vaccinales, qu'elles soient scientifiques ou publiques, aboutissent donc à des impasses, ce qui conduit certains acteurs à choisir d'autres arènes pour faire valoir leurs arguments, dont l'arène juridique. Cette dernière apparaît, pour ces mêmes acteurs, comme une alternative d'autant plus intéressante qu'en période d'incertitudes, elle permet de trancher quand la science est incapable de dire le vrai<sup>297</sup>.

## 2. Le procès Larère : la réaffirmation d'un vaccin indiscutable

Le 7 janvier 2016, les époux Larère furent condamnés par le tribunal correctionnel d'Auxerre à deux mois de prison avec sursis pour ne pas avoir fait vacciner leur fille au DTP. L'argumentaire des époux Larère et de leur avocat, Me Ludot, resta le même pendant toute la durée du procès initié en 2014 : l'accusation relevait du non-sens, le DTP simple, seul vaccin obligatoire étant indisponible depuis 2008. Ils ajoutaient à cela leur refus d'administrer un vaccin multivalent comprenant des adjuvants et revendiquaient le droit à une « liberté thérapeutique » inscrite au préambule de la Constitution et réaffirmée par la loi Kouchner<sup>298</sup>.

---

<sup>293</sup> Meric J., « Le tétanos », *Réalités & vaccinations*, Hors-série n°2, avril 2006, p. 16-18

<sup>294</sup> Le refus des vaccinations est classifié parmi les comportements sectaires selon le site [miviludes.gouv.fr](http://miviludes.gouv.fr), site gouvernemental observant et analysant les dérives sectaires

<sup>295</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*

<sup>296</sup> *Ibidem*, p. 88

<sup>297</sup> Pillayre H., *op. cit.*

<sup>298</sup> Dépêche AFP, « Refus de vacciner un enfant : la constitutionnalité en question », [liberation.fr](http://liberation.fr), mis à jour le 9 octobre 2014

Ainsi, l'avocat du couple demanda au Conseil Constitutionnel de statuer sur la compatibilité entre le droit de la santé et les obligations vaccinales, argumentant que « Le droit à la santé, c'est aussi celui de ne pas se faire vacciner ». Ce à quoi le Conseil des Sages répondit en réaffirmant la validité des obligations vaccinales et la capacité du Parlement à pouvoir décider d'une politique de vaccination.

On peut voir au travers de ce procès une volonté de lancer une alerte à propos de la politique vaccinale française. En effet, l'essentiel de la médiatisation de l'affaire, et de sa reprise sur les sites anti-vaccinaux, tourna autour des contradictions réglementaires liées à la question<sup>299</sup>. Le procès des époux Larère dépassa le simple cadre juridique pour devenir une tribune pour l'abolition des obligations. Un article de l'UNACS sur le couple Larère est d'ailleurs très parlant puisque l'auteur (Jacques Bessin, président de l'association) se substitue presque aux accusés : « nous accompagnerons la famille Larère au tribunal correctionnel et en fonction du verdict, nous irons en appel, puis en cassation et enfin devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme »<sup>300</sup>. Cette affaire, comme d'autres avant elle, sert l'accusation anti-vaccinale. Il y a alors un début de crise, et plus précisément de « crise catalyseur » dans laquelle le système est opposé à une situation singulière, imposant un réexamen de ses conditions de fonctionnement<sup>301</sup>. Il est même possible d'y voir une tentative d'amorce d'une « crise révélateur », apportant une prise de conscience sur ces déséquilibres institutionnels<sup>302</sup>. On constate donc bien le désir d'introduire davantage de discutabilité dans la politique vaccinale, ce procès étant un vecteur.

Toutefois, comme dit précédemment, nous n'avons pas assisté à une « rupture », c'est-à-dire à un changement de paradigme, à propos des obligations vaccinales. Au contraire, le procès des époux Larère a donné lieu à un « dégonflement » de l'affaire<sup>303</sup>. Cela se remarque, par exemple, dans la peine attribuée : deux mois de prison avec sursis et ce alors que l'entrave à la vaccination est normalement punie de six mois d'emprisonnement ferme et de 3 750 euros d'amende. Il faut également noter que la décision du tribunal ne s'est pas accompagnée d'une injonction à faire vacciner la fille du couple incriminé. Cette peine, « pas bien méchante » selon les mots de Me Ludot, a été interprétée par ce dernier comme une volonté de la part du tribunal

---

<sup>299</sup> *Ibidem*

<sup>300</sup> Bessin J., « Liberté. Liberté ! Liberté ? », unacs.org

<sup>301</sup> Tabuteau D., « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé*, 1/2009 (n° 22), p. 19-40

<sup>302</sup> *Ibidem*

<sup>303</sup> Boltansky L. avec Darré Y. et Schiltz M.-A., *op. cit.*

de clore le procès en faisant le moins de vague possible et d'éviter qu'il n'alimente le débat vaccinal<sup>304</sup>.

### 3. Le procès de l'Hépatite B : la difficile existence des victimes

Un autre procès mettant en cause les vaccins est celui confrontant l'Etat avec les victimes présumées du vaccin anti-hépatite B, représentées par l'association REVAHB notamment, qui dure depuis 1997 (date de création de l'association). Pour resituer, pendant la campagne de vaccination contre l'hépatite B organisée entre 1993 et 1997, des atteintes démyélinisantes<sup>305</sup> sont notifiées dès 1994. Ces dernières sont rapidement imputées aux vaccins. Se forme alors le Réseau Vaccin Hépatite B (REVAHB) dont la mission est de « faire reconnaître la réalité des effets indésirables du vaccin »<sup>306</sup>. Depuis 1997, près de dix études ont été réalisées sur les liens de causalité dont deux en établissent l'existence (critiquées par l'OMS sur des questions de méthodes)<sup>307</sup>. De même, plusieurs jugements ont été rendus, certains contradictoires. Par exemple, en 2008, la Cour de Cassation reconnaissait un lien de causalité, permettant des mesures d'indemnisation ; décision sur laquelle elle reviendra en 2010, mettant fin aux dites-indemnisations. Le dernier événement en date du procès est la prononciation d'un non-lieu le 9 mars 2016, la justice ne pouvant pas statuer sur l'existence ou non d'un lien de causalité<sup>308</sup>.

Cette affaire est parlante dans le dossier des vaccinations puisqu'elle illustre les conflits qui peuvent exister à propos des savoirs et des expertises qui, ici, tournent autour du statut de « victime ». En effet, en absence de liens de causalité avérés entre le vaccin anti-hépatite B et ses effets supposés, les plaignants dans l'affaire de l'hépatite B ne disposent pas de ce statut et ne sont donc pas sujets à une quelconque forme d'indemnisation<sup>309</sup>. Or, l'expertise définissant la victime, l'objectif des profanes est donc de faire reconnaître la leur par un milieu scientifique

---

<sup>304</sup> Robine D. et Jacobo B., « Vaccination : deux mois de prison avec sursis contre les époux Larère », francebleu.fr, mis-à-jour le 7 janvier 2016

<sup>305</sup> La myéline est une substance servant à protéger les fibres nerveuses et dont la perte peut conduire au développement de pathologies neurologiques (ex : Sclérose en plaques).

<sup>306</sup> Site de l'association, [www.revahb.fr](http://www.revahb.fr)

<sup>307</sup> Pillayre H., *op. cit.*

<sup>308</sup> Dépêche AFP, « Non-lieu dans l'enquête sur le vaccin contre l'Hépatite B », lemonde.fr, mis-à-jour le 14 mars 2016

<sup>309</sup> Les rares exemples d'indemnisation consécutifs à une vaccination contre l'Hépatite B sont le fait de jugements particuliers, comme pour le cas d'une ex-infirmière ayant obtenu gain de cause en 2014.

qui les soupçonne de vouloir mettre leur « grain d'irrationalité »<sup>310</sup>. Ils revendiquent pour ce faire, et ce sur les plans scientifiques et juridiques, deux types de ressources : le « savoir d'expérience », dont la légitimité s'appuie sur des témoignages et de façon distincte au savoir scientifique<sup>311</sup>, ainsi que « l'expertise médico-scientifique » qui repose sur une appropriation des connaissances académiques<sup>312</sup>. On constate donc bien un conflit d'expertises dans lequel les profanes ont pour premier objectif leur existence en tant que victimes, celui-ci étant un prérequis dans leur argumentaire en faveur d'une suspension des vaccinations systématiques<sup>313</sup>.

Cette implication des « groupes concernés » ou « victimes », ou, en d'autres termes, des profanes, dans les processus d'expertise, mais surtout leur lutte pour faire valoir leurs points de vue sont importantes dans la mise-en-discussion de certains procédés techniques, la vaccination entre autres. En effet, en introduisant des expertises alternatives, elles contrebalancent l'autonomie de la science, soit les positions dogmatiques qui, comme nous l'avons vu à propos du sang contaminé, peuvent conduire à occulter certains problèmes. Ainsi, les victimes contribuent à la définition du normal et du pathologique, ce qui s'insère d'ailleurs dans la démocratie sanitaire voulue par les pouvoirs publics. Il est possible d'observer cette dynamique hors du dossier des vaccinations, par exemple dans le cas du Sida dans lequel les malades ont participé à la redéfinition de leur maladie, la faisant passer d'un syndrome causé par l'homosexualité (lors des premières observations du Sida, dans les années 1980, celle-ci fut désignée sous des appellations telles que GRID [Gay-Related Immune Deficiency] ou gay cancer) à une pathologie dont ils étaient les victimes. Cela est à rattacher à la discutabilité des énoncés techniques dans le sens où leur action entre en faveur de la réalisation de la « démocratie technique » selon Callon, Barthes et Lascoumes et dont la démocratie sanitaire en est un des aspects : « [Une démocratie technique] où les groupes concernés seraient aptes à ouvrir les boîtes noires de l'expertise, à traquer les intérêts voilés qui s'y nichent, à briser le mythe de l'infaillibilité technique, à l'augmenter de l'acuité des savoirs profanes »<sup>314</sup>.

Toutefois, comme spécifié plus haut, le procès a abouti sur un non-lieu, traduisant de l'échec des groupes concernés à faire entendre leurs voix, autant dans l'arène scientifique

---

<sup>310</sup> Latté S., « Victime », *Dictionnaire critique de l'expertise*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Références », 2015, p. 322-328

<sup>311</sup> Pillayre H., *op. cit.*

<sup>312</sup> Akrich M. et Rabeharisoa V., *op. cit.*

<sup>313</sup> Site de l'association, [www.revahb.fr](http://www.revahb.fr)

<sup>314</sup> Latté S., « Victime », *op. cit.*

(« polémique scientifique conduite à une impasse ») que dans l'arène juridique<sup>315</sup>. Cela s'explique par la conception de la responsabilité par la Cour de Cassation qui « refuse de condamner les laboratoires en l'absence de preuves scientifiques établies »<sup>316</sup>. De même qu'avec les autres cas d'effets secondaires suspectés, la contestation vaccinale souffre de n'avoir de victimes clairement identifiées à exhiber, donc de preuves statistiques à présenter dans le débat vaccinal<sup>317</sup>.

#### 4. Le blocage comme producteur de défiance

Qu'elle passe par les controverses ou les procès, la question vaccinale souffre donc d'un blocage qui se traduit dans les faits par un maintien du statu quo sur les obligations. Cette inertie est d'autant plus perceptible au travers de déclarations récentes telles que : « Les vaccinations, ça ne se discute pas ! »<sup>318</sup>. Loin de constituer une relativisation du problème des vaccinations obligatoires, le blocage alimente au contraire la contestation et la défiance en donnant au dossier des aspects opaque et arbitraire. En effet, il est vécu par les opposants aux obligations vaccinales comme une confirmation de l'existence d'un dogme vaccinal qu'il est impossible de remettre en cause.

Il ressort d'ailleurs du procès de l'hépatite B une « incompréhension » quant aux décisions contradictoires, voire aux non-décisions (non-lieu), du système judiciaire. Or, « Affirmer qu'une décision juridique est incompréhensible, ce n'est pas admettre que l'on n'en saisit pas les fondements, c'est sous-entendre qu'elle est arbitraire »<sup>319</sup>. Il en est de même à propos du jugement du Conseil Constitutionnel réaffirmant la compétence de l'Etat à imposer des vaccinations qui est vu par les opposants comme l'expression d'une « dictature » et dont la réaction logique à avoir serait de « tricher » au risque d'un procès<sup>320</sup>.

Ce blocage, en cela qu'il semble « mettre sous le tapis » les problèmes imputés à la vaccination, plus qu'il ne paraît les résoudre, est producteur de défiance : « [les] débordements ["événements déroutants"] ne sont dévastateurs que si l'on s'obstine à vouloir les

---

<sup>315</sup> Pillayre H., *op. cit.*

<sup>316</sup> *Ibidem*

<sup>317</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*

<sup>318</sup> Jalinière H., « Vaccins : qu'y a-t-il derrière la pétition du professeur Joyeux ? », sciencesetavenir.fr, consulté le 30/11/2015

<sup>319</sup> Pillayre H., *op. cit.*

<sup>320</sup> Bessin J., « Liberté. Liberté ! Liberté ? », unacs.org

empêcher »<sup>321</sup>. Cet état de fait fut d'ailleurs identifié dans le rapport Hurel dans lequel il y est vivement conseillé d'organiser un débat public, ou « sociétal », autour des vaccins dont l'un des sujets portera notamment sur les effets indésirables qu'il faut cesser de « cacher »<sup>322</sup>.

### **III- Vers une domestication de la défiance vaccinale**

Le 12 janvier 2016, Marisol Touraine justifiait l'organisation d'un débat public sur la vaccination en disant : « Répondre à la défiance est aujourd'hui un enjeu de société ». Ce changement radical d'attitude fait suite à la remise, le jour-même, du rapport Hurel sur la politique vaccinale. Ce travail fait à la fois l'inventaire des conclusions portées par différentes autorités sanitaires sur le régime des vaccinations en France, et apporte le fruit de nombreux entretiens et auditions (130 personnes selon le rapport) sur le sujet. Le point le plus notable est la mise en doute de la pertinence des obligations et donc, de la possibilité de les modifier à défaut de les supprimer. Cette annonce a rapidement été reprise par plusieurs groupes anti-vaccinaux et interprétée comme une victoire de leurs arguments, par exemple par le site de Santé Nature Innovation<sup>323</sup>.

Cependant, derrière cette proposition et ce, tout au long du rapport, est rappelée l'importance d'un fort taux de vaccination dans la population. La mise en discussion des vaccinations obligatoires constitue donc moins en une remise en cause du principe sanitaire en lui-même mais plutôt de son administration, jusqu'alors portée par le coercitif. Selon les autorités sanitaires, si une levée des obligations doit être prononcée, elle doit nécessairement être interprétée comme une main tendue vers les usagers, dans le sens du *mandatory* d'outre-Manche (terme associé à la politique vaccinale britannique signifiant : « faites-le par ce que c'est bon pour votre santé »)<sup>324</sup>. A ce titre, plusieurs bémols furent exprimés, notamment tirés de l'expérience de la levée du BCG.

Pareil au dossier de l'amiante entre les années 1980 et 1994, il y a alors une tentative des pouvoirs publics de faire taire les polémiques en organisant une « normalisation progressive » de la question, et cela passe par une neutralisation des inquiétudes à la source de

---

<sup>321</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*, p. 26

<sup>322</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

<sup>323</sup> Dupuis J.-M., « Coup de théâtre sur le vaccin dt-polio », [www.santenatureinnovation.com](http://www.santenatureinnovation.com)

<sup>324</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

la défiance (A.) et par la mise-en-place d'un dispositif de discussion propre à permettre un compromis (B.).

### A) La neutralisation des inquiétudes excessives

L'une des premières préoccupations exprimées par les pouvoirs publics est de limiter l'influence de la contre-information sur Internet. La Cour des Comptes regrette en effet le rapport de force inégal qui peut exister entre les circuits officiels de l'information sanitaire et les circuits alternatifs<sup>325</sup>. Elle prend pour exemple la recherche « info vaccin » sur Google qui donne, pour premiers résultats, des sites anti-vaccinaux (la LNPLV en tête). A ce sujet, Sandrine Hurel estime prioritaire que l'Etat remplisse sa mission de dispenser une information loyale et exhaustive, notamment en ouvrant un site de type question-réponse ouvert à tous<sup>326</sup>. Ces propositions ont pour but de neutraliser les inquiétudes excessives orbitant autour de la question des vaccins, et excessives seulement. Comme dit précédemment, l'objectif des autorités sanitaires ne doit pas être de « cacher » les effets secondaires des vaccins mais d'accroître leur acceptation sociale. De fait, plusieurs acteurs, dont le CTV et le HCSP, mettent l'accent sur l'aspect pédagogique de ces mesures, dont la première mission est de déconstruire le « mythe du risque zéro ».

Un autre moyen de réduire ces inquiétudes est d'agir sur la double opacité qui entoure les vaccins : celle de la politique vaccinale d'une part, et celle des laboratoires d'autre part. En effet, la politique vaccinale française est perçue comme particulièrement « illisible » : double régime recommandation/obligation, pilotage flou, problèmes de disponibilité, etc. De fait, il apparaît pour les autorités sanitaires de rendre le dispositif lisible et ce, afin de générer davantage d'adhésion, par exemple en confiant le pilotage à une unique institution (la DGS est citée dans le rapport) ou en faisant évoluer ce double régime qui tend à faire passer les vaccins recommandés comme « facultatifs ». De plus, l'action des laboratoires sur le marché des vaccins, en particulier le retrait du DTP simple au profit de produits multivalents, est vécu par de nombreux usagers comme une obligation de facto pour certains vaccins, dont le très controversé VHB, et ce par la volonté des entreprises pharmaceutiques plus que celle des

---

<sup>325</sup> Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012

<sup>326</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

autorités sanitaires<sup>327</sup>. Cette situation, qui va dans le sens de la théorie du Big Pharma, nécessite d'être désamorcée par les pouvoirs publics. Ainsi, il est proposé dans le rapport Hurel non seulement de réintroduire le DTP simple, mais également de simplifier le « parcours vaccinal » (parcours du vaccin de sa conception à son inoculation) en faisant que les stocks soient gérés directement par l'Etat et non plus par les laboratoires.

Ces différentes propositions ne s'inscrivent pas dans la quête d'une discutabilité accrue des vaccins mais ont pour but de réinstaurer la confiance dans le dispositif, notamment en redonnant aux usagers une certaine prise sur les choses, dont le défaut est souvent la source de l'inquiétude<sup>328</sup>. Au contraire, cette neutralisation des inquiétudes tend à fermer la « boîte noire » en opposant aux protagonistes inquiets un Etat qui pallie aux dysfonctionnements, ce que Chateauraynaud et Torny traduisent par la stratégie du « Rentrez chez vous, on s'en occupe ». Toutefois, le rapport Hurel prend conscience que la défiance ne s'explique pas seulement par le prisme de ces dysfonctionnements et que le succès même des vaccins y contribue également. De fait, communiquer et discuter sur les vaccins devient un enjeu pour les autorités sanitaires.

## B) Une consultation publique sur les vaccinations ?

### 1. La recherche d'un compromis

Comme il a été rappelé plusieurs fois, ce qu'il faut surtout retenir du rapport Hurel est cette préconisation faite en faveur de l'ouverture d'un débat public sur les vaccinations (précédé d'une conférence de consensus). Et, afin que celui-ci soit « constructif », elle suggère d'abandonner la posture actuelle des autorités sanitaires dans sa communication qui met l'accent sur les risques de la non-vaccination (plutôt que sur les bénéfices de la vaccination) et la dénonciation de « l'irrationalité du jugement perceptif profane ». Il est possible de faire un parallèle entre cette orientation et celle faite à propos du dossier du nucléaire par le gouvernement Rocard. En effet, ce dernier, soucieux du fait que le « problème "d'acceptabilité sociale" » du nucléaire en France était imputable à « un déficit de "communication" et à un manque de souplesse dans la mise-en-œuvre du projet », il décida d'organiser « une réflexion

---

<sup>327</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

<sup>328</sup> Chateauraynaud F. et Torny D., *op. cit.*

approfondie avec les représentants de toute les parties intéressées »<sup>329</sup>. On retrouve une situation similaire dans le dossier des vaccinations. Là encore, il y a la recherche d'un compromis afin de pallier à l'imposition unilatérale d'une décision prise de manière discrète et sans concertation préalable »<sup>330</sup>.

La fonction de la consultation publique est donc ici « réactive », en cela qu'elle se situe *a posteriori* de la crise et a vocation à la résoudre en rétablissement la confiance<sup>331</sup>. On peut donc y voir un pas en faveur d'une plus grande discutabilité des vaccinations. Cependant, il est nécessaire de nuancer cette initiative en rappelant que si les pouvoirs publics sont de plus en plus ouverts à la discussion, la poursuite de forts taux de vaccination reste leur principal objectif<sup>332</sup>. En conséquence, on peut voir l'ouverture de ce débat sur les vaccinations, non pas comme un moyen de donner voix à toutes les parties concernées, mais là encore comme une façon de domestiquer la défiance vaccinale en reproduisant la controverse dans un espace réduit, suivant des règles institutionnelles. Comme dit précédemment, le rapport Hurel donne comme prélude à la discussion publique la tenue d'une conférence de consensus censée établir un cadre à l'étape suivante. Or, les démarches telles que les conférences de consensus s'appuient sur la disqualification des avis divergents afin de produire un accord<sup>333</sup>. De fait, la discussion publique conduirait à produire des conclusions en faveur des objectifs de santé publics, par exemple en donnant aux obligations vaccinales une autre forme<sup>334</sup>. Ce faisant, le système se paverait d'un vernis démocratique, contribuant à discréditer la contestation. Plus qu'un compromis, on n'assisterait davantage à un « compromis tactique »<sup>335</sup>, produisant une « déflation » de la controverse vaccinale.

## 2. Une mise-en-scène de la consultation ?

Qu'est-ce qui peut faire penser que la discussion publique organisée par les pouvoirs publics s'engagerait vers une « mise-en-scène », un « bricolage »<sup>336</sup> ? D'une part, le choix de

---

<sup>329</sup> Communiqué du service de presse du Premier Ministre, 9 février 1990, retranscrit par Yannick Barthe dans son article *Rendre discutable. Le traitement politique d'un héritage technologique*.

<sup>330</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*, p. 63

<sup>331</sup> *Ibidem*

<sup>332</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016

<sup>333</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

<sup>334</sup> Une idée soulevée par le CTV est de recopier le modèle allemand dans lequel les obligations vaccinales n'existent pas, exceptées pour la mise en communauté (crèche, école, centre de loisirs, etc.).

<sup>335</sup> De Blic D. et Lemieux C., *op. cit.*

<sup>336</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

l'arbitre, que Yannick Barthe qualifie d'important. Ce dernier conseille de recourir à un personnage « candide » du dossier. Or, dans le cas des vaccinations, il est prévu que le pilotage du débat soit confié à l'Agence nationale de santé publique (issue de la fusion de l'INPES, de l'InVS et de l'EPRUS [Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires]), organe largement favorable aux vaccins, en lieu et place de la Conférence nationale de Santé (CNS), un organe consultatif ayant déjà organisé de pareilles consultations<sup>337</sup>. D'autre part, la marge de manœuvre accordée aux participants du débat pour pouvoir corriger « l'héritage technologique » qu'est la vaccination. En effet, avant de pouvoir rendre discutabile, il est important de pouvoir rendre révisable un domaine, au risque de ne faire que reproduire le processus d'irréversibilité<sup>338</sup>. Or, la discussion publique voulue dans le rapport Hurel consiste essentiellement en une action de « pédagogie » plus qu'en une remise en cause de la vaccination. Il n'est aucunement question de faire ressurgir d'autres possibles que la vaccination, le débat devant même exclure ceux susceptibles de les promouvoir : « Cela exclut que l'organisation puisse être réalisée [...] avec des structures commercialisant des produits présentés comme une alternative à la vaccination »<sup>339</sup>.

Au vu de ces éléments, il est permis de penser que la discussion publique constitue une mise-en-scène permettant une confirmation des vaccinations, et possiblement des vaccinations obligatoires. C'est ce que pense par ailleurs Thomas Dietrich, responsable du secrétariat général de la CNS ayant démissionné en février 2016, soit après la remise du rapport Hurel. Celui-ci, dans un document au style romanesque rendu public, fustige les conclusions du rapport et décrit le débat envisagé comme un « écran de fumée » car « honteusement biaisé »<sup>340</sup>.

## **Conclusion du chapitre**

La démocratie sanitaire a, dans une certaine mesure, lancé la dynamique d'un débat vaccinal contemporain en renouvelant l'éventail des arguments, ajoutant aux raisons médicales une justification accrue par les textes : « Prenant appui sur ce travail [la démocratie sanitaire],

---

<sup>337</sup> Cette décision provient du ministère de la Santé. Le rapport Hurel prévoyait au contraire que le pilotage soit confié à un organe se s'étant pas prononcé publiquement sur les vaccinations.

<sup>338</sup> Barthe Y., « Rendre discutabile... », *op. cit.*

<sup>339</sup> Hurel S., *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016, p. 86

<sup>340</sup> Dietrich T., *Démocratie en santé : les illusions perdues*, Contribution au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (réalisé par Madame Huguette Mauss) sur le pilotage de la démocratie en santé au sein du Ministère des affaires sociales et de la santé

les opposants à l'obligations vaccinale citent volontiers les textes constitutionnels et législatif pour soutenir son illégalité au regard de la démocratie sanitaire, tout comme ils se sont appuyés pendant longtemps sur la littérature médicale et épidémiologique pour alerter sur la dangerosité des vaccins ou dénoncer leur inefficacité »<sup>341</sup>. Cependant, malgré cette évolution des discussions, la politique vaccinale française reste inchangée, perpétuant les injonctions de santé. Cette inadéquation entre droit de la santé et obligations relance continuellement les braises d'un débat vaccinal dont les autorités sanitaires ne semblaient pas, jusqu'il y a peu, vouloir entendre parler. Cette situation de blocage finit par nuire aux objectifs de santé publique qui, normalement, devraient trouver leur accomplissement dans les obligations. Alors, pour contrebalancer la baisse de confiance dans les vaccinations, les pouvoirs publics en viennent à introduire une part de discutabilité par le biais d'une consultation publique.

On pourrait conclure que la politique vaccinale est finalement devenue un objet discutable, puisque soumise à « un régime de discussion publique »<sup>342</sup>, se rendant ainsi conforme à la démocratie sanitaire. Pour attester de cela, il sera important d'étudier le débat public à venir afin de déterminer s'il permet effectivement une réflexion collective sur les vaccins ou, au contraire, justifiera le point de vue pessimiste de Thomas Dietrich. Ce dernier ne limite d'ailleurs pas sa vindicte uniquement sur cette consultation publique et désigne l'ensemble des mesures rassemblées sous le signe de la démocratie sanitaire comme un « comité Théodule », soit un mouvement à l'importance plus que limitée dont l'objectif serait de « faire illusion »<sup>343</sup>. Selon lui, le manque d'appétence des responsables politiques pour les démarches de démocratie sanitaire condamnerait tout changement de stratégie nationale de santé en faveur d'un système davantage horizontal, faisant que les injonctions restent la norme.

Faut-il être aussi alarmiste à propos des évolutions du système de santé, notamment en matière de vaccinations ? Celui-ci resterait-il figé dans la forme verticale que l'on connaît du fait du manque de volontarisme politique en ce sens ? Plutôt que de répondre à ces questions, il convient d'arrêter de voir la politique vaccinale comme isolée des autres politiques de santé, voire des autres politiques publiques, et de la replacer au sein d'une stratégie de santé publique. Stratégie qui s'inscrit dans des contextes divers, épidémiologique bien sûr, mais également économiques et politiques. Jusqu'à maintenant, il a été question de facteurs de discutabilité fortement localisés autour de la vaccination, à savoir les politiques associées ou l'action de tel

---

<sup>341</sup> Bertrand A. et Torny D., *op. cit.*, p. 85

<sup>342</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

<sup>343</sup> Dietrich T., *op. cit.*

ou tel protagoniste concerné. Or, d'autres types de facteurs, plus globaux, peuvent agir en faveur d'une mise en discussion des vaccinations, comme par exemple le *New Public Management*.



## **Chapitre 4 : Des mutations favorables à une** **discutabilité des vaccins**

Au vu de ce qui a été dit sur les évolutions et les possibles évolutions de la politique vaccinale, il serait permis de penser que la démocratisation (sanitaire) constitue le ferment d'une plus grande discutabilité de la vaccination. A la fois ligne directrice affichée du système de santé<sup>344</sup> et fenêtre d'opportunité pour les pourfendeurs de la vaccination, cette démarche a été maints fois invoquée pour justifier des transformations dans le domaine sanitaire. Ainsi, plusieurs sujets sensibles comme la vaccination, mais aussi la fin de vie pour ne citer que ces deux-là, sont passés du statut de tabou à celui d'objet questionnable. Seulement, penser la démocratie sanitaire juste en termes « d'antidote » conduit à surestimer la part du volontarisme politique dans le processus de discutabilité. Au contraire, plutôt qu'un antidote, la démocratie sanitaire constitue plus un symptôme, la mise en discussion en étant un autre.

Pour illustrer mes propos, je vais reprendre ceux du CTV, repris eux-mêmes dans le rapport Hurel, qui voit dans l'orientation à donner à la politique vaccinale un « choix sociétal ». En cela, les évolutions qu'est susceptible de connaître la politique vaccinale sont intimement liées à celles que traversent la société. Or, la démocratie sanitaire ne constitue qu'un aspect des nombreuses transformations qu'a connu la susdite société. Au-delà des apports de la démocratie sanitaire ou du débat vaccinal donc, il est possible de voir dans la mise en discussion des vaccins l'expression d'autres mutations.

D'une part, il y a l'évolution des facteurs contribuant à l'élaboration de la politique vaccinale. Cette dernière, conçue par le CTV, prend en compte de nombreux paramètres, dont les données épidémiologiques et le degré d'acceptation sociale des usagers. De fait, les régimes d'obligations sont susceptibles d'être modifiés au gré de l'actualisation de ces facteurs, comme cela a pu être le cas à propos de la variole, à la suite de son éradication, ou de la tuberculose en 2004.

De plus, la politique vaccinale se voit transformée par la libéralisation en cela que ce processus modifie les modalités d'action publique et s'appuie sur de nouvelles rationalités, sur de nouveaux acteurs. Le domaine de la prévention s'en retrouve alors modifié, avec une

---

<sup>344</sup> « Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? », [www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr)

adaptation des moyens et des méthodes de contrôle des maladies, mais surtout des protagonistes. En effet, ce que la démocratie sanitaire accompagne (plus qu'elle n'initie), c'est l'émergence de nouveaux praticiens (avec les transformations du colloque singulier) mais aussi de nouveaux patients. On peut alors trouver un écho entre la figure de l'utilisateur promu par la loi du 4 mars 2002, et celle de l'acteur rationnel, de l'*Homo œconomicus*, ou, comme le désigne Patrice Pinell, l'*Homo medicus*, cible idéale de toute campagne de prévention. Cette évolution des acteurs s'inscrit de plein pied dans ce que Nicolas Tanti-Hardouin identifie comme la médicalisation de la société, voire de l'existence, à savoir le processus « [d'] élargissement du champ d'application de la raison médicale à des questions qui jusqu'alors ne relevaient pas explicitement de son territoire »<sup>345</sup>. En d'autres termes, le glissement d'un modèle de régulation des problèmes sanitaires par les lois à un autre se reposant sur les normes sanitaires, provoquant du même coup un *aggiornamento* de l'économie de la santé, aussi bien micro (comportement des acteurs) que macro (gestion du système de santé).

La discutabilité des vaccins et par-là même la possible abolition des obligations administratives, traduit alors moins un changement singulier de la politique vaccinale que l'apparition d'un nouveau paradigme apporté notamment par le *New Public Management*<sup>346</sup>. L'action de l'Etat, dont le biopouvoir déjà évoqué, se transforme en accordant aux usagers de nouveaux droits et donc, davantage de responsabilité, dans le cas qui nous intéresse, sur leur santé.

L'attrait pour la démocratisation (sanitaire) ne pouvant expliquer seul la récente perméabilité du verrou vaccinal, il convient donc de se pencher sur les autres éléments ayant pu contribuer à cette discutabilité. Comme nous avons pu le voir plus haut, la politique vaccinale est élaborée en prenant en compte des facteurs épidémiologiques. De fait, il paraît logique que son évolution suive celle du contexte sanitaire (I-). A cela s'ajoute une modernisation de l'action publique tournée vers un libéralisme à la fois politique et économique qui n'épargne pas l'administration de la santé (II-).

---

<sup>345</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

<sup>346</sup> Domin J.-P., *op. cit.*

## **I- Un environnement sanitaire et social propice à une discutabilité des vaccins**

Selon l'avis des autorités sanitaires, la seule chose qui permet de justifier le retrait d'un vaccin du calendrier vaccinal est l'éradication totale de la maladie, tel que ce fut le cas pour la variole en 1979. Néanmoins, ces mêmes autorités ont retenu les leçons des campagnes contre l'hépatite B et le H1N1 et le besoin de faire concorder la communication autour des vaccins avec la « réalité épidémiologique », c'est-à-dire avec les données alors d'actualité. Parallèlement, le CTV a pris conscience que, dans le contexte actuel, « l'obligation n'est pas tenable », du moins pas aux côtés de recommandations qui, en présence d'usagers laissés libres de leurs choix de santé, tend à créer une fausse hiérarchie entre les produits de santé<sup>347</sup>. Ces deux états de fait conduisent les pouvoirs publics à moderniser la politique vaccinale, d'une part en la rendant conformes avec le contexte épidémiologique, mais également avec le type d'usagers à qui elle s'adresse.

Ainsi, bien qu'elle n'ait pas encore de répercussions palpables sur les obligations, l'actualisation à la fois des données épidémiologiques et des acteurs peut contribuer au processus de discutabilité de la vaccination. Cela se remarque lorsque l'on se penche sur les facteurs qui font que les obligations vaccinales apparaissent de moins en moins indispensables par rapport à l'époque où elles furent décidées (A.), mais également sur la façon dont les usagers gèrent leur santé (B.).

### **A) Des obligations moins indispensables**

#### **1. La « transition épidémiologique » de nos sociétés contemporaines**

Que ce soit du fait des vaccins ou d'autres instruments au service de l'hygiène, le XX<sup>e</sup> siècle a vu, en France mais pas seulement, le net recul, voire l'éradication, des grands fléaux infectieux tels que la variole ou la diphtérie. Cette rupture dans l'histoire sanitaire a eu plusieurs effets sur la politique vaccinale en provoquant diverses mutations de la société française. En premier lieu, elle a opéré une dilution du sentiment d'urgence lié à ces risques infectieux. Les

---

<sup>347</sup> « Anti-vaccins : lanceurs d'alerte ou idéologues ? », *Secrets d'info* (France Inter) du 13 novembre 2015

régimes d'obligations, mis en place lorsque ces maladies étaient pandémiques, apparaissent alors plus comme une contrainte que comme un gain. Les maladies prévenues sévissant aujourd'hui de manière endémique, ajouté au fait que les campagnes de communication oublient de mentionner la notion de « bien commun », la vaccination revêt de plus en plus l'allure d'un « opportunisme personnel »<sup>348</sup>. La vaccination glisse alors vers une « vaccination de convenance », rythmée par des événements saisonniers, tel la grippe, ou extraordinaires, tel la crise du H1N1<sup>349</sup>. Pour faire un encart sur l'opposition aux obligations il fut dit qu'elle recourait régulièrement aux données épidémiologiques, lorsqu'elles ne servent pas à l'accusation des effets des vaccins, elles ont pour rôle d'insister sur l'inadéquation de ces injonctions de santé avec la « réalité épidémiologique » : « Nous soulignons que la poliomyélite et la diphtérie ne font plus de victimes en France depuis 25 ans, et que le tétanos, avec moins de 20 victimes par an, n'est pas une maladie contagieuse »<sup>350</sup>.

En parallèle de cela, le recul des infections a également provoqué une seconde mutation majeure, à savoir un allongement considérable de l'espérance de vie. Le phénomène de vieillissement de la population qui en a résulté fut accompagné par une fréquence, et une visibilité, accrue des maladies chroniques comme les cancers ou la maladie d'Alzheimer, aussi qualifiée de « maladies de civilisation ». Cette situation a alors conduit à ce que les démographes ont désigné comme étant une « transition épidémiologique », c'est-à-dire à la formation d'une « nouvelle donne épidémiologique » dans laquelle les priorités, des usagers et du système de santé, ne sont plus les mêmes<sup>351</sup>. Pour illustrer cela, je citerais la maladie d'Alzheimer, désignée comme « fléau du XXI<sup>e</sup> siècle » dans le cadre du plan Alzheimer débuté en 2008 (élargi aux maladies dégénératives en général en 2014). D'ailleurs, certaines infections participent à ce mouvement : le Sida, du fait de l'efficacité des traitements, est devenu petit à petit une maladie chronique puisqu'il est désormais possible de vivre longtemps avec. Cela eut plusieurs conséquences sur la politique vaccinale. Premièrement, cette transition initia, puis renforça, le processus de démocratisation de la santé. En effet, contrairement aux infections qui sont majoritairement des pathologies aiguës, les maladies chroniques se situent sur le temps longs, faisant que les malades doivent vivre, et donc s'arranger, avec leur thérapie et non plus

---

<sup>348</sup> Sicard D., « L'éthique », in *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010, p. 490-502

<sup>349</sup> *Ibidem*

<sup>350</sup> Communiqué de presse conjoint d'Info Vaccins France, de la LNPLV et d'Info Vaccin Prevenar en faveur du docteur Bry Philippe daté du 10 décembre 2015

<sup>351</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

la subir. Cet accommodement constitue un « terreau » fertile à l'affirmation d'une autonomie et, par extension, d'un droit des malades, d'où la démocratie sanitaire.

Les conséquences de cette « transition épidémiologique » s'aperçoivent également dans les significations données aux maux et aux malades. Aujourd'hui, beaucoup de ces « maladies de civilisation » sont imputées à des choix de vie. Par exemple, les cancers du poumon sont attribués au tabagisme ou les maladies cardio-vasculaires à une alimentation riche en cholestérol. Cela contribue à ce que Lecourt nomme une « micro-éthique de la honte » : la poursuite de la santé publique ne se fait plus au travers du coercitif (sauf si atteinte à l'ordre public sanitaire) mais par la culpabilisation individuelle. La maladie a glissé d'une conception *a posteriori* (c'était un risque et il est survenu) à une conception *a priori* (c'était un risque et il n'a pas été prévenu)<sup>352</sup>.

## 2. Une nouvelle gestion des épidémies

Un autre point ébranlant la pertinence des obligations vaccinales est la façon dont les autorités sanitaires internationales ont géré le virus Ebola ayant sévi entre 2013 et 2015. En effet, le contrôle de l'épidémie n'a pas été obtenu au moyen d'un vaccin, mais essentiellement par la technique dite de la « surveillance-endiguement », soit des mesures de quarantaine visant les populations touchées de façon à empêcher la propagation géographique du virus<sup>353</sup>. Cette stratégie s'appuya massivement sur les moyens de dépistage, ce qui permit de détecter les cas et de les isoler, empêchant ainsi une flambée épidémique en Europe<sup>354</sup>.

S'il n'est pas pertinent de considérer tous les agents infectieux sous le même œil, cet exemple permet néanmoins de dégager les contours d'une nouvelle lutte épidémiologique : les vaccins ne sont plus l'unique solution aux yeux des autorités sanitaires et des populations, ils ne sont plus « incontournables ». On constate alors qu'on s'éloigne du schéma dans lequel toutes les routes menaient au vaccin en matière de lutte contre les menaces infectieuses<sup>355</sup>, comme il a été possible de le voir dans l'exemple de l'épidémie de H1N1 dans lequel le vaccin a été très vite identifié comme la solution à apporter à la crise se profilant. Nous avons vu que la solidité de la vaccination comme instrument venait du fait qu'elle avait été construite comme

---

<sup>352</sup> Guienne V., *op. cit.*

<sup>353</sup> A noter que cette méthode est présentée par la contestation anti-vaccinale, dont la LNPLV, comme étant à la source de l'éradication de la variole en lieu et place des campagnes de vaccination.

<sup>354</sup> « Flambée de maladie à virus Ebola: une riposte en trois phases », who.int

<sup>355</sup> Cf. travaux d'Alexandre Yersin sur la peste de Hong Kong de 1894 cité dans le chapitre 1 (I-A.1.)

d'un « point de passage obligé », ce qui contribua à son statut d'objet indiscutable. Cet exemple montre que la vaccination ne constitue plus l'unique moyen efficace de lutter contre une flambée épidémique.

### 3. Une vaccination à la carte ?

En 2014 commençait à l'hôpital Nord Parisien de Sarcelles (Val d'Oise) une expérience menée sur 144 salariés volontaires. Celle-ci avait pour but d'évaluer le statut immunologique de chacun afin de déterminer s'ils étaient ou non protégés contre un panel de maladies. Les résultats, publié en 2015, montraient que malgré le fait que certains cobayes aient dépassé leurs dates de rappel respectives, près de 93% était encore immunisé contre le tétanos, 78% contre l'hépatite B et 63% contre l'hépatite A<sup>356</sup>. L'objectif de cette expérience, menée par le docteur Dominique Eraud, était de faire réagir les pouvoirs publics sur le fait que les vaccinations massives ne prenaient pas en compte les particularités immunitaires de chacun : « On a une personnalité immunitaire, on n'est pas tous égaux. On peut réagir chacun différemment à une vaccination. Donc, il est intéressant de s'occuper d'une vaccination personnalisée »<sup>357</sup>.

Même si cette initiative est restée lettre morte jusqu'à présent, il est intéressant de noter que des voies sont explorées afin de trouver une alternative aux vaccinations de masse, notamment, et surtout, les vaccins obligatoires. En effet, en établissant un « profil immunitaire » permettant d'établir les besoins de chacun en matière de vaccins, les obligations apparaissent du coup moins nécessaires. Cela répond autant à une logique de rationalisation des dépenses de santé, en réduisant le champ d'application de la vaccination de la population en général à un public à risque, qu'à une recherche du compromis avec la population.

## B) Une nouvelle micro-économie de la santé

### 1. Un acteur rationnel au cœur du système de santé

Du fait de la nature délégative de la tradition clinique, la microéconomie de la santé, qui étudie les comportements et les rationalités associées des acteurs, voyait dans le colloque

---

<sup>356</sup> « Et si on se faisait vacciner de façon personnalisée ? », francetvinfo.fr, mis-à-jour le 18/06/2015

<sup>357</sup> *Ibidem*

singulier l'expression du monopole du médecin dans la décision sanitaire<sup>358</sup>. Dans ce modèle, le patient n'a que peu d'incidence sur les choix de santé, la relation économique étant alors majoritairement régie par le mécanisme de la « demande induite » (l'offre exerçant une forte influence sur la demande). Cette vision fut toutefois partiellement remise en cause avec l'apparition de nouveaux modèles, tel celui encouragé par la démocratie sanitaire, accordant au patient une plus grande autonomie par l'équilibrage de sa relation avec son médecin. Ainsi, une nouvelle approche de la microéconomie de la santé émerge, observant ce nouveau patient qui n'est alors plus cet « individu ignorant et naïf soumis aux décisions de son médecin »<sup>359</sup>.

Ce nouvel acteur bénéficie d'une double promotion, à la fois, comme nous l'avons vu, par l'élévation du concept de démocratie sanitaire, mais aussi par la volonté des pouvoirs publics d'en faire un acteur économique à part entière. Une très bonne illustration de cela s'observe dans les politiques liées au ticket modérateur qui instituent (ou augmentent) un reste à charge du patient lors des consultations médicales. En effet, cette participation personnelle comme elle est aussi appelée, n'a d'autre but que de responsabiliser le patient en l'impliquant dans les dépenses de santé. Cela est encore plus flagrant dans les termes du plan stratégique de la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) voté en 1999, dont l'objectif était de faire passer l'assureur-santé du statut de « payeur aveugle » à celui « d'acheteur avisé ». Du patient assujéti, on glisse alors peu à peu vers la figure de l'*homo medicus*, à savoir un individu autonome, responsable et reconnu capable de gérer son « capital santé »<sup>360</sup>. C'est d'ailleurs dans cet esprit de responsabilisation de l'utilisateur que fut écrite la loi du 4 mars 2002. Cet *homo medicus* est à rapprocher de l'*homo œconomicus* avancé par la théorie néoclassique de l'économie, à savoir un acteur rationnel, un consommateur de soin, qui cherche à maximiser son utilité.

Cette figure de l'*homo medicus* qui tend à se propager, est alors peu compatible avec la notion d'obligation vaccinale. Au contraire, elle impose, au nom d'un « libéralisme sanitaire », de laisser chacun libre de suivre ou non les préconisations sanitaires<sup>361</sup>. La gestion des risques qui jusqu'alors était collective au travers de la Sécurité sociale (« société du risque

---

<sup>358</sup> Béjean S., « 4. Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale », *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Hors collection», 2009, p. 43-52

<sup>359</sup> *Ibidem*

<sup>360</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

<sup>361</sup> *Ibidem*

collectif »<sup>362</sup>), est de plus en plus individualisée, de plus en plus centrée sur les actions de l'assuré<sup>363</sup>. Les vaccinations, et *a fortiori* les vaccinations obligatoires, seraient alors remises en cause, discutées, du fait des rationalités individuelles qui ne s'accorderaient alors pas forcément avec celle développée par les autorités sanitaires : « Les citoyens disposant de nouveaux moyens d'information et, encouragés par les Etats à prendre plus d'autonomie et de responsabilités dans la gestion de leur santé et de leurs risques personnels, ils sont moins enclins à accepter un agenda préformé et souhaitent de plus en plus un vaccin à la carte, qui tienne compte de leur style de vie et de leurs prédispositions à telle ou telle maladie »<sup>364</sup>.

## 2. L'*Homo medicus*, un mythe ?

A cet élargissement de la rationalité économique aux questions de santé, plusieurs auteurs, tel que Danièle Carricaburu ou Nicolas Tanti-Hardouin, viennent lui confronter leurs bémols. Selon eux, l'introduction de la figure de l'*homo medicus* dans nos sociétés est un scénario non seulement peu souhaitable, mais aussi irréalisable. Peu souhaitable premièrement du fait de l'impact négatif d'un tel modèle sur la prévention, et donc sur la santé publique. Considérer l'usager comme un simple consommateur de soin tend à occulter les externalités négatives inhérentes à certaines pratiques préventives<sup>365</sup>. En effet, dans le cas de maladies transmissibles, les décisions individuelles n'ont pas seulement des répercussions sur l'individu en question mais aussi sur les autres. De plus, l'une des vertus de la « demande induite » en matière de santé est de permettre aux praticiens d'agir sur les besoins de santé du patient. Ce faisant, il peut prescrire moyens de prévention et soins à des individus qui n'en expriment pas forcément le besoin ni la nécessité. Cela permet, selon Guienne, de contrebalancer un biais cognitif lié à la prévention : y recourir suppose de se penser en tant que potentiel, voire futur, malade, ce qui ne va pas de soi lorsque l'on est en bonne santé. Cet absence de besoin de prévention est d'autant plus vrai lorsqu'existe un régime d'assurance-maladie obligatoire, ce

---

<sup>362</sup> *Ibidem*

<sup>363</sup> Aubert J.-M., Polton D., « 23. La gestion du risque », *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Hors collection», 2009, p. 231-239

<sup>364</sup> Moulin A.-M., « Les vaccins, l'Etat moderne et les sociétés », *Médecine/Sciences*, vol. 23, n°4, avril 2007, p. 25

<sup>365</sup> Lamoureux P., « 14. Économie de la prévention », *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Hors collection», 2009, p. 139-152

qui est traduit par le « risque moral » : puisque les individus sont assurés, ils sont « moins enclins à adopter un comportement préventif »<sup>366</sup>.

Il faut toutefois noter qu'une remise pleine et entière de la décision thérapeutique au patient, à cet *homo medicus* fictif, reste irréalisable. L'application d'un tel modèle ferait évoluer le colloque singulier vers une forme purement « informative » : le médecin présente les faits et les options thérapeutiques et le patient exerce ensuite sa pleine autonomie<sup>367</sup>. Cet « anti-paternalisme extrémiste » comme le qualifie Henri Bergeron suppose que le consommateur de soin dispose de toutes les informations nécessaires pour opérer un choix éclairé, mais surtout de la capacité à toutes les assimiler de façon correcte. Or, ce prérequis est rarement atteint du fait de l'asymétrie de l'information qui règne au sein du colloque singulier, ou est court-circuité par la contre-information. On constate au contraire que les médecins exercent encore une forte influence sur la traduction des besoins des patients en demande de soin, notamment au travers de leur action de diagnostic. Cependant, le gain d'autonomie de l'utilisateur reste une réalité. Cet état de fait, fruit d'une libéralisation à la fois politique et économique, conduit les pouvoirs publics à s'adapter afin de continuer à assurer leurs missions de santé publique.

## **II- Une administration de la santé plus libérale**

En tant que symbole de l'intervention de l'Etat dans les affaires sanitaires, les vaccinations s'inscrivent de plein pied dans le modèle de l'Etat providence. En effet, elles correspondent aux nouveaux objectifs de l'Etat-nation selon Foucault qui, à la suite d'un « tournant historique » (fin XVII<sup>e</sup> – début XVIII<sup>e</sup>), ne se contentera plus de « laisser vivre » mais s'efforcera ensuite de « faire vivre » les individus<sup>368</sup>, thèse qui sera ensuite reprise par François Ewald dans son ouvrage *L'Etat-providence*. Seulement, et ce depuis la fin des années 1970, ce modèle vit une profonde remise en cause, caractérisée selon Pierre Rosanvallon par une triple crise : financière, d'efficacité et de légitimité<sup>369</sup>. Ce faisant, le système social et sanitaire français a dû se transformer, notamment en évoluant vers ce que l'économiste Gosta Esping-Andersen nomme « le modèle libéral [ou résiduel] de l'Etat providence ».

---

<sup>366</sup> Béjean S., *op. cit.*

<sup>367</sup> Bergeron H., *op. cit.*

<sup>368</sup> Foucault M., *Dits et écrits*, Gallimard, Paris 1994

<sup>369</sup> Rosanvallon P., *La crise de l'Etat providence*, Paris, Le Seuil, 1981

Cette libéralisation va progressivement changer les logiques du système de santé. Si l'ordonnance du 4 octobre 1945, définissant les missions de la Sécurité sociale, proclamait une universalité des mesures et une mutualisation des risques, ce modèle libéral tend davantage vers une individualisation de la stratégie de santé, se traduisant par une assurancialisation de la société et une marchandisation des prestations de santé<sup>370</sup>. Dans le domaine de la prévention, on constate également cette individualisation par une transformation des objectifs de santé publique : il s'agit moins de combattre la maladie (comprendre au niveau global) que de se maintenir en bonne santé<sup>371</sup>. De fait, il est possible de voir la démocratie sanitaire, en cela qu'elle encourage cette même individualisation des choix sanitaires, comme un reflet de cette libéralisation : « Il est d'ailleurs significatif de voir que l'essor de la démocratie sanitaire coïncide avec la perte de vitesse de la démocratie sociale. »<sup>372</sup>

Cette partie aura donc pour vocation de rendre compte des impacts de la libéralisation de la société qui, en ébranlant les capacités d'intervention de l'Etat, menace du même coup les obligations vaccinales, exemple typique d'imposition des pratiques en France. Dans un premier temps, il me paraît pertinent d'opérer un parallèle entre les politiques fiscale et vaccinale, ces deux-là partageant de nombreux points communs susceptibles d'être observées également dans leurs transformations par le prisme du libéralisme (A.). Ceci fait, je présenterai de façon plus spécifique ce que le libéralisme a provoqué dans la façon dont sont gérés les problèmes de santé publique (B.).

### A) Parallèle entre les politiques fiscale et vaccinale

Au travers de leur ouvrage *Histoire sociale de l'impôt*, Nicolas Delalande et Alexis Spire ont pour ambition de montrer l'évolution des relations entre l'Etat et les citoyens. Il me paraît intéressant alors de tisser un parallèle entre les politiques fiscales et vaccinales et ce, afin de comprendre au mieux les transformations de cette dernière. Ce rapprochement est justifié par les nombreux points communs qu'ont ces deux politiques. Par exemple, toutes deux sont traversées par une interrogation fondamentale : comment convaincre des individus à faire

---

<sup>370</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

<sup>371</sup> *Ibidem*

<sup>372</sup> Domin J.-P., *op. cit.*

quelque chose (se dessaisir d'une certaine somme ou se faire inoculer un vaccin) sans perspectives de bénéfices immédiats<sup>373</sup> ?

Ainsi, il est possible de voir que, comme l'administration fiscale, l'administration sanitaire autour des vaccins a dû se moderniser afin de répondre aux résistances, ces dernières fustigeant un pouvoir coercitif trop grand, tout en ne menaçant pas le consentement. Se développe alors un « rapport apaisé » entre les administrés et l'administration. Dans un souci d'apaisement des tensions, les sanctions ne vont alors plus être systématiquement appliquées (comme on l'a vu à propos du procès Larère) et la figure de l'utilisateur émerge afin d'ouvrir un dialogue. Ainsi, le rapport qu'entretient l'administration avec ses administrés va devenir de plus en plus individualisé. Le consentement devient alors de plus en plus attaché au moyen de négociation et parfois de soustraction.

Pour Delalande et Spire, toutes ces transformations de l'administration fiscale sont dues à l'application de la théorie du *Public Choice*, ou théorie des choix publics, et ce, dès 1973 et le premier choc pétrolier<sup>374</sup>. Cette école de pensée, très critique de l'interventionnisme étatique, propose au contraire une évaluation coût/bénéfice systématique des interventions publiques et une administration plus souple. Ce que l'on retrouve dans l'orientation prise dans les politiques sanitaires (développement de la pharmacovigilance et de la démocratie sanitaire) et progressivement dans la politique vaccinale. Au regard des points communs entre les évolutions des politiques fiscale et vaccinale, il est possible de dire que la discutabilité de la seconde s'inscrit bien dans le processus de libéralisation de la société. Ceci étant dit, il est désormais temps de voir ce que le tournant néolibéral a apporté, de près ou de loin, à la politique vaccinale.

## B) Une nouvelle macroéconomie de la santé

### 1. Un changement de paradigme pour l'assurance-maladie

La protection de la santé étant un devoir constitutionnel de l'Etat, il paraît inconcevable de devoir réduire ou ne serait-ce que maîtriser les dépenses de santé. D'ailleurs, pendant longtemps, l'augmentation des dépenses de santé n'était pas perçue comme un problème mais

---

<sup>373</sup> Delalande N. et Spire A., *Histoire sociale de l'impôt*, La Découverte, 2010

<sup>374</sup> *Ibidem*

au contraire comme un signe de prospérité économique<sup>375</sup>. Il est à noter que cette situation contribua à la préférence du curatif sur le préventif évoquée : puisque le traitement était disponible (autant techniquement que financièrement), le désagrément de la prévention devenait facultatif<sup>376</sup>. Couvertes par l'assurance-maladie, dont le financement est fonction de la masse salariale, cette inflation des dépenses de santé ne devint véritablement un problème qu'à la fin de la croissance des Trente Glorieuses, c'est-à-dire dans les années 1970. A partir de là, le ralentissement économique et tout ce qu'il implique (baisse des cotisations et des cotisants, diminution des recettes fiscales, etc.), ainsi que la percée de l'idéologie néolibérale portée par l'école de Chicago, mis à l'agenda la question du financement des politiques sociales, imposant du même coup de changer d'approche par rapport à l'économie de la santé<sup>377</sup>. A cela s'ajoute le fait que les dépenses de santé ne cessent de croître, provoqué par la médicalisation de la société : de plus en plus de problèmes trouvent des solutions médicales, d'où une élévation des coûts pour la collectivité<sup>378</sup>. En 2000, les dépenses de santé représentaient 9,7% du PIB, puis 11,5 en 2014<sup>379</sup>, tandis que les prévisions tablent à 14, voire à 20% pour l'horizon 2040<sup>380</sup>.

Ce faisant, il apparaît aux pouvoirs publics un enjeu majeur : celui de maîtriser les dépenses de santé au risque de voir le système de santé être « inéluctablement conduit vers son explosion »<sup>381</sup>. La réalisation de cette « impérieuse régulation » est pluriforme en cela qu'elle peut passer par le financement de l'assurance-maladie (régulation budgétaire) ou par la maîtrise de l'offre et de la demande de soin (« régulation médicalisée »). L'un comme l'autre ont des répercussions sur la politique vaccinale. Pour ce qui est du premier levier de régulation des dépenses, il consiste à réduire le poids des dépenses de santé dans le budget, soit en augmentant les recettes, soit en diminuant les dépenses. Cet aspect de la régulation s'exprime, depuis leur création en 1996, par les lois de financement de la Sécurité Sociale (dont dépend l'assurance-maladie), ou LFSS. C'est d'ailleurs au travers d'elles qu'il est possible d'observer au mieux la concrétisation des velléités néolibérales dans le domaine de la santé. Ces dernières se traduisent de diverses façons, comme par exemple par la « dérive tarifaire », incarnée notamment par la tarification à l'activité (T2A), ainsi que par un double mouvement de contraction des

---

<sup>375</sup> Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, « Que sais-je ? », PUF, 2015

<sup>376</sup> Lamoureux P., *op. cit.*

<sup>377</sup> *Ibidem*

<sup>378</sup> Tabuteau D., « Introduction », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 7-11

<sup>379</sup> Données tirées de [banquemondiale.org](http://banquemondiale.org)

<sup>380</sup> Tabuteau D., « Introduction », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 7-11

<sup>381</sup> Chadelat J.-F., « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 65-73

interventions publiques d'une part et de responsabilisation de l'utilisateur d'autre part, incarné là par le poids grandissant des complémentaires santé<sup>382</sup>. Du point de vue de la régulation budgétaire, cela se traduit par ce que Didier Tabuteau nomme une « politique du salami », à savoir une découpe progressive de l'assurance-maladie obligatoire en fines tranches pour permettre son absorption par des organismes de protection complémentaires.

Le second levier de maîtrise des dépenses est la régulation médicalisée qui consiste à agir sur l'organisation du système de santé. L'objectif derrière ces manœuvres est d'amener le système de santé, les médecins autant que les usagers, à « dépenser mieux » en influant sur l'offre (pratiques des médecins) ou la demande (pratiques des patients)<sup>383</sup>. Cette rationalisation de la santé conduit à orienter les différents acteurs vers certains procédés plus que d'autres, parfois moins coûteux ou plus pratiques. En parenthèse, nous avons déjà évoqué les incitations à la qualité (CAPI) ou la T2A qui se placent parfaitement dans cette volonté de rationalisation des dépenses de santé. L'une des conséquences majeures de cette quête de l'optimum économique est la mise en concurrence progressive du système de soin public, conforme aux idées sur les vertus de la concurrence sur l'efficacité des biens et services véhiculée par le NPM<sup>384</sup>. Cette concurrence entre les acteurs (public/privé), mais également entre les pratiques, s'accorde alors avec la promotion de l'*homo medicus* mentionné plus haut qui, selon Roland Gori correspondrait d'ailleurs à des impératifs de marché<sup>385</sup>.

## 2. Vaccination et rationalisation de la santé

Ainsi la vaccination se retrouve soumise à des pressions contradictoires, entre visées sociales et économiques. De nouvelles considérations viennent donc se greffer à celles d'origine. La question des coûts-bénéfices, ou « coût-utilité », notamment est posée, non plus au niveau sanitaire, mais économique, les résultats étant exprimés en données monétaires<sup>386</sup>. A ce titre, bien que la vaccination soit préférable, en termes de coûts de prise en charge, aux soins, elle souffre d'un défaut de moyens d'évaluation. En effet, en tant que mesure de prévention primaire (c'est-à-dire qui influe sur l'incidence de la maladie), la vaccination se calcule en

---

<sup>382</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>383</sup> Palier B., *op. cit.*

<sup>384</sup> Tabuteau D., *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013

<sup>385</sup> Domin J.-P., *op. cit.*

<sup>386</sup> Lamoureux P., *op. cit.*

nombre de cas évités ou d'années de bonne santé gagnées (dit calcul QALY<sup>387</sup>). Or, les outils de mesure employés sont régulièrement mis en doute, notamment du fait que la notion de « bonne santé » reste une donnée hautement subjective<sup>388</sup>. De plus, si beaucoup de travaux ont souligné un intérêt économique de la vaccination (en rapport aux bienfaits sur les coûts de prise en charge ou sur l'absentéisme professionnel), ils ont également relevé le problème du « retour sur investissement », souvent long, voire parfois hypothétique car dépendant d'un fort taux de couverture : « l'analyse coût-avantage du vaccin ROR montre qu'une politique de vaccination préventive induit une augmentation des dépenses de santé durant les six premières années ; qu'elle atteint le point d'équilibre budgétaire au bout de dix-sept ans et enregistre des gains substantiels à compter de la vingt-cinquième année »<sup>389</sup>. A l'inverse, les moyens de prévention secondaire (c'est-à-dire qui permettent de minimiser ou d'interrompre le processus morbide d'une maladie), comme le dépistage, bénéficient d'une « technologie d'imagerie ou de marqueurs » permettant de quantifier leurs effets<sup>390</sup>. S'il n'est pas possible de dire combien de cas ont été évités avec la vaccination, il est par contre plus aisé d'évaluer les cas « traités à temps » grâce à un dépistage efficace. Il faut préciser que ces deux types de prévention, vaccination et dépistage, peinent à être complémentaires, chacun atténuant la motivation à recourir à l'autre, ce qui, en absence de vaccins ou de moyens de dépistage fiables à 100%, n'est pourtant pas justifié au niveau épidémiologique<sup>391</sup>.

En tant qu'objet verrouillé, la vaccination reste néanmoins encore préférée à d'autres moyens de prévention dans la plupart des pays développés et ce, malgré ce défaut d'indicateurs. Cela se constate dans les données permettant d'évaluer les programmes de vaccination qui renvoient à la « dépendance aux investissements consentis » propre aux situations de verrouillage<sup>392</sup>. En effet, les « conventions statistiques » sur lesquelles ces chiffres s'appuient « concernent principalement le coût de la non-prévention »<sup>393</sup>. Toutefois, l'approche économique de la prévention faisant son chemin, les stratégies adoptées sont plus régulièrement reconsidérées à l'aune de leur calcul coût-efficacité, surtout en « comparaison de solutions

---

<sup>387</sup> De l'anglais *quality adjusted life years*

<sup>388</sup> Lamoureux P., *op. cit.*

<sup>389</sup> *Ibidem*

<sup>390</sup> Sicard D., « Les perspectives de la médecine préventive et prédictive », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 121-125

<sup>391</sup> Lamoureux P., *op. cit.*

<sup>392</sup> Barthe Y., « Rendre discutable... », *op. cit.*

<sup>393</sup> Lamoureux P., *op. cit.*

alternatives »<sup>394</sup>. Nous avons dit plus haut que ce calcul restait favorable à la vaccination dans la mesure où la couverture est forte. Or, dans le cas contraire, les surcoûts pour la collectivité sont élevés, comme il a été vu dans la gestion de la crise du H1N1. Les vaccinations, si elles ne sont pas discutées scientifiquement par les pouvoirs publics, sont toutefois susceptibles d'être économiquement discutables. Ainsi, des voies alternatives à la vaccination de masse sont explorées, comme un recours à la vaccination ciblée (vaccination à la carte) ou un usage plus étendu du dépistage.

Cette dernière option rencontre d'ailleurs un écho de plus en plus favorable dans le domaine de la prévention et fait l'objet d'une offre politique<sup>395</sup>. Cette pratique, si elle n'est pas exempte de risque et de surcoût, s'accorde par contre mieux aux enjeux de la démocratie sanitaire dans le sens où elle répond à une demande des usagers<sup>396</sup>. Cet engouement grandissant se constate dans la multiplication des campagnes de dépistage, témoignant d'un volontarisme politique de la part des institutions. On peut prendre comme exemple le traitement de la tuberculose par le BCG qui, comme dit précédemment, a été retiré des vaccins obligatoires en 2007. Est aujourd'hui préférée à la vaccination au BCG des mesures de dépistage passant par une surveillance dévolue aux médecins. Enfin, cette discutabilité accrue de la vaccination s'inscrit dans le nouveau cadrage de l'action publique dicté par l'élargissement du recours au principe de précaution. En effet, si ce principe impose à l'Etat d'agir en période d'incertitude (par exemple contre les risques infectieux), cette action se doit être évolutive mais surtout « économiquement supportable »<sup>397</sup>.

Dans cette situation, où « s'infiltrer peu à peu l'idée du dépistage comme prévention », cette dernière semble, selon Didier Sicard, dévier de son sens en cela qu'elle perd son caractère collectif : « Nous sommes ainsi rentrés dans une ère de confusion qui oublie même ce que le mot préventif veut dire sur le plan collectif »<sup>398</sup>. En effet, le dépistage tend à rendre les mesures de prévention centrées sur des groupes à risques, donc opportunistes, donc individuelles. On

---

<sup>394</sup> *Ibidem*

<sup>395</sup> Guienne V., *op. cit.*

<sup>396</sup> Czernichow P. et Merle V., « Dépistage », in *Traité de santé publique*, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), Flammarion, 2<sup>e</sup> édition, 2007, p. 209-215

<sup>397</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*, p. 350

<sup>398</sup> Sicard D., « Les perspectives de la médecine préventive et prédictive », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 121-125

assiste alors à une transformation en profondeur de la santé publique : son objet n'est plus l'environnement mais l'individu<sup>399</sup>.

### 3. Une nouvelle santé publique ?

Si les missions de protection et de promotion de la santé publique ne sont pas remises en question par les nouvelles orientations du système de santé, ces dernières en modifient profondément les modalités de réalisation. En s'appuyant de plus en plus sur la figure de l'*Homo medicus*, elles contribuent ainsi à une individualisation croissante de la santé. Il y a une transformation de « l'entreprise normative de la santé publique » : cette dernière abandonne progressivement la régulation par les lois pour s'appuyer davantage sur les normes médicales<sup>400</sup>. Selon les termes de Raymond Massé, il s'agit alors de produire une « nouvelle philosophie » de la santé publique, correspondant à un contexte « marqué par l'individualisme et une rationalité néolibérale »<sup>401</sup>. Toujours selon cet auteur, cette transformation de la santé publique est rendue nécessaire par l'avènement de « l'individu hypermoderne » (S. Lipovetsky), à savoir un individu sensible à tous les messages flattant l'autocontrôle et l'autonomie et visant le bien-être de chacun.

Ce nouveau schéma de la santé publique se traduit donc par un abandon progressif des moyens de coercition en santé, ces derniers n'étant rendus nécessaires qu'en cas de résistance aux dits-messages<sup>402</sup>. Les entorses au libre consentement et à l'inviolabilité du corps humain laissent alors place à une socialisation de chacun aux risques sanitaires. Cela passe, comme nous l'avons dit, par la diffusion de normes sanitaires auxquelles il convient de se soumettre, non plus sous menace de sanctions, mais parce que leur non-suivi s'accompagnerait de « désagréments »<sup>403</sup>. Cette « normalisation sanitaire de la société » se constate au travers des nombreuses politiques de pédagogie et de promotion de la santé. Celles-ci participent à propager des « slogans » et des bonnes pratiques : on nous enjoint à manger cinq fruits et légumes par jour, à moins fumer, à boire avec modération, etc. On retrouve cette logique dans

---

<sup>399</sup> Bourdelais P., « Histoire de la santé publique » in *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010, p. 13-22

<sup>400</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

<sup>401</sup> Massé R., « La santé publique comme nouvelle moralité », in *La réforme de la santé au Québec*, Fortin P. (dir.), Les Editions Fides, Montréal, 1999, p. 155-174

<sup>402</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

<sup>403</sup> Renard S., *op. cit.*

les orientations voulues pour la politique vaccinale. Pour rappel, l'une des préconisations du rapport Hurel parle d'adapter le *mandatory* britannique (« faites-le par ce que c'est bon pour votre santé ») au modèle français. L'attention portée à la santé est ainsi déclinée à l'échelon individuel, chacun veille à la gestion de son « capital santé » en choisissant de suivre ou non ces bonnes pratiques.

Avec ce contrôle de la santé publique par les normes sanitaires, on rejoint le thème de la transition épidémiologique évoquée plus haut : les maladies quelles qu'elles soient, deviennent les conséquences de choix personnels, ici, la non-conformité aux normes prescrites : « Au cœur de ces processus se trouve l'acceptation par la population du principe voulant que la maladie est la fille de l'irrationalité des comportements humains, de l'illogisme et de l'absence de planification face au risque »<sup>404</sup>.

En réalité, ces prescriptions de bonnes ou mauvaises pratiques ne sont pas des idées neuves et correspondent à la pression normative que voulait instaurer le mouvement hygiéniste à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>405</sup>. Leur remise au goût du jour par les politiques actuelles pourrait alors concrétiser une nouvelle santé publique, ou plus précisément la « culture de la santé publique » dont Didier Tabuteau regrettait l'abandon du fait de la timidité des autorités sanitaires. Cette dernière ne passerait donc plus par des moyens coercitifs mais au contraire par la sensibilisation de la population aux enjeux de la prévention. Ainsi, on passerait d'un modèle de « gouvernement des corps » à celui de « gouvernement des risques »<sup>406</sup>. Dans ce modèle donc, les obligations vaccinales seraient conduites à être discutées, ou au moins justifiées, et ce au nom de la pédagogie.

## **Conclusion du chapitre**

La démocratie sanitaire n'est donc pas la seule explication à donner aux transformations qui secouent le système de santé français et qui font des vaccinations obligatoires des objets de moins en moins indiscutables. En effet, si la politique vaccinale perd peu à peu de son caractère impératif, cela est dû à une multitude de facteurs. Il y a déjà l'actualisation des facteurs épidémiologiques qui font que les obligations vaccinales apparaissent de moins en moins

---

<sup>404</sup> Massé R., « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n°1, mars 2007, p.13

<sup>405</sup> Guienne V., *op. cit.*

<sup>406</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*

indispensables. Le type d'usager joue également. Ce dernier, confronté plus régulièrement à des pathologies de longue durée, ne se contente plus de subir épisodiquement mais au contraire négocie et agit dans le sens de sa santé, d'où la revendication et l'acquisition de nouveaux droits et compétences. Cela fut conforté par la suite par la démarche de démocratie sanitaire dont nous avons parlé et qui peut correspondre à une libéralisation politique de la société, se traduisant par la concession de nouvelles libertés en contrepartie de nouvelles responsabilités. Enfin, la politique vaccinale est également travaillée par la libéralisation économique qui vient accoler au système de santé des préoccupations inédites telle que la rationalisation des dépenses.

Ces deux soucis apportés par la libéralisation de la société, qui sont le respect des libertés individuelles et la recherche de l'optimum économique, modifient en profondeur la politique de prévention dans son ensemble. Si la finalité de cette dernière est toujours la protection de la santé publique, elle voit ses modes de réalisation se transformer, notamment par l'abandon des mesures contraignantes. La prévention et la santé publique passe alors davantage au travers de messages d'incitation et de diffusion de recommandations de bonne pratique. Cet arrêt du recours à la coercition ne doit cependant pas être interprété comme un retrait de l'Etat mais plutôt une mutation de ses modes d'intervention. L'emprise de l'Etat reste en effet forte mais elle s'exerce désormais par cette normalisation croissante de la société dans laquelle le non-suivi des normes s'accompagne d'une culpabilisation du malade<sup>407</sup>. On peut dire que la santé publique « évolue probablement entre l'asservissement (aux normes et aux règles) et la libération du citoyen »<sup>408</sup>.

---

<sup>407</sup> Guienne V., *op. cit.*

<sup>408</sup> Tanti-Hardouin N., *op. cit.*, p. 99

## **Conclusion générale**

En conclusion, on constate bien que la vaccination n'a pas gagné en discutabilité du jour au lendemain, du seul fait de l'annonce d'une consultation publique. En effet, l'éventualité d'une telle consultation aurait été inenvisageable si les verrous, qu'ils fussent scientifiques ou juridiques, faisant de la vaccination un objet inattaquable avaient été intacts. Ces derniers, en présentant ce principe sanitaire comme incontournable et donc, indiscutable, rendent inutiles toutes démarches de débat. De fait, la remise en question de la politique vaccinale et des obligations qu'elle impose est à voir comme le résultat d'un processus long, par lequel les différents ciments leur donnant une assise solide dans les instruments de l'action publique furent fragilisés.

La discutabilité est donc moins à penser en termes de cap franchi ou non mais plutôt en termes de moteurs. Et au sujet de la vaccination, les moteurs de discutabilité sont multiples et pas tous spécifiques. Certains sont plus globaux dans le sens où ils permettent une évolution de la société vers de nouveaux paradigmes de gouvernance. C'est le cas avec la libéralisation ; politique en offrant au citoyen/usager plus de prises sur ses choix de santé ; et économique en introduisant, par exemple, la régulation des dépenses faisant que les objectifs sanitaires ne sont plus l'unique horizon des politiques de santé. Si cette libéralisation touche tous les aspects de l'Etat, elle a toutefois trouvé sa traduction dans le champ plus spécifique de la santé dans le concept de démocratie sanitaire. Cette politique, en cela qu'elle établit théoriquement un équilibre entre le médecin et le patient dans les décisions de santé, fait donc des diagnostics et des traitements des objets potentiellement discutables.

La discutabilité des vaccinations bénéficie toutefois d'un moteur propre dans le débat vaccinal. Celui-ci, dans son acceptation contemporaine, profite des transformations du système de santé depuis l'affaire du sang contaminé, à savoir l'acquisition de nouveaux droits opposables à l'Etat ou aux médecins. L'action de la contestation, associée à la perte de confiance dans les autorités sanitaires, a fait que les vaccins connaissent aujourd'hui une crise, dont l'un des déclencheurs est justement leur indiscutabilité. Devant cette crise, les pouvoirs publics sont conduits à ouvrir un dialogue, là où il n'y en avait pas, situation contribuant à une discutabilité des vaccins. Cependant, comme nous l'avons vu, ce dialogue pourra s'interpréter, selon les modalités de son déroulement futur, comme une mise-en-scène ne faisant que confirmer le verrouillage de la vaccination.

Le modèle vers lequel s'oriente la santé publique, à savoir moins contraignant, donnant la part belle aux choix individuels me semble périlleux ou au moins instable. Ce que je veux dire, c'est que la vaccination ne protège pas seulement d'un risque. Elle permet de réduire progressivement, au fur et à mesure de sa couverture, les potentialités de flambée épidémique d'un agent infectieux. Or, comme aiment à le rappeler certains acteurs du débat vaccinal, la liberté de vaccination, c'est aussi celle de la refuser. La liberté thérapeutique vis-à-vis des vaccinations, sans pour autant signifier la porte ouverte aux épidémies, court-circuite toute perspective d'éradiquer une bonne fois pour toutes certaines maladies. Il suffit de se pencher sur les plans de vaccination de l'OMS pour le constater. Je prends pour exemple celui en rapport avec la diphtérie dont l'horizon d'éradication est sans cesse repoussé depuis 1990. Il faut cependant nuancer cet alarmisme. Le phénomène de baisse de la couverture vaccinale contrevient certes à la mission d'éradication des maladies, mais cela ne signifie pas pour autant la conclusion d'une campagne de vaccination. Au contraire, cette baisse de confiance et de couverture vaccinale peut s'interpréter comme une étape normale de ces campagnes dans le sens où le retour de la virulence induit par l'amointrissement de la pratique vaccinale réintroduit un sentiment d'urgence et de besoins en faveur des vaccins<sup>409</sup>.

Néanmoins, faire en sorte que des procédés techniques, par exemple la vaccination ou le nucléaire, soient discutables est légitime et s'inscrit dans nos sociétés modernes. En effet, les situations de verrouillage, comme le souligne Yannick Barthe, conduisent à nous mettre, en quelque sorte, des œillères, nous rendant aveugles aux alternatives ou à nombre de facteurs inhérents à ces mêmes procédés, ce que nous avons montré à propos de l'affaire du sang contaminé. Nous sommes dans une « société du risque », une société qui se situe après la bombe atomique, après Tchernobyl. Le scientisme, soit la confiance absolue dans la science, n'est plus d'actualité. Nous nous sommes rendu compte que le progrès est producteur de risques<sup>410</sup>. De ce fait, les procédés techniques, quels qu'ils soient, ne peuvent rester indiscutables.

Si la science, au sens de Thomas Kuhn, est « a-critique », il convient alors de construire une contre-science. A la manière d'une « contre-démocratie », selon les termes de Pierre Rosanvallon, cette contre-science se caractériserait par des pouvoirs de surveillance, des formes d'empêchement et des mises à l'épreuve du jugement. Dans le domaine des vaccinations, cette contre-science prend forme au travers du développement de la vaccino-vigilance, mais aussi et

---

<sup>409</sup> Annexe 4

<sup>410</sup> Rosanvallon P., *La contre-démocratie*, Seuil, 2009

surtout de la démocratie sanitaire qui borne quelque peu « l'entropie représentative », soit la dégradation du lien entre le représenté et le représentant, phénomène aussi bien observable en politique qu'en santé (tradition clinique). Le citoyen comme l'utilisateur ne serait plus des entités passives mais participeraient au contraire aux choix techniques et à leurs modalités de réalisation. On s'approcherait ainsi de la « démocratie technique » décrite par Callon, Lascoumes et Barthe et dans laquelle la forme du « forum hybride » est préférée, un espace ouvert où des groupes peuvent se mobiliser pour débattre de choix techniques qui engagent le collectif<sup>411</sup>.

---

<sup>411</sup> Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y., *op. cit.*

## **Bibliographie**

### Ouvrages et articles :

- Akrich Madeleine et Rabeharisoa Volona, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, 1/2012 (Vol. 24), p. 69-74 ;
- Barthe Yannick, « Rendre discutable. Le traitement politique d'un héritage technologique », *Politix*, n°57, 2002, p. 57-78 ;
- Barthe Yannick et Lemieux Cyril, « Les risques collectifs sous le regard des sciences du politique », *Politix*, n°44, 1998 ;
- Barthe Yannick et Gilbert Claude, « Impuretés et compromis de l'expertise, une difficile reconnaissance », in *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Dumoulin L., La Branche S., Robert C. et Warin P. (dir.), PUG, 2005, p. 43-62 ;
- Becker Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 ;
- Bensaude-Vincent Bernadette, *L'opinion publique et la science : à chacun son ignorance*, La Découverte, 2000 ;
- Bergeron Henri, « Les transformations du colloque singulier médecin-patient : quelques perspectives sociologiques », dans Tabuteau D. (dir.), *Les Droits des malades et des usagers du système de santé, une législation plus tard*, Paris, Éditions de Santé et Presses de Sciences Po, 2007 ;
- Boltansky Luc avec Darré Yann et Schiltz Marie-Ange, « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°51, 1984, p. 3-40 ;
- Bréchat Pierre-Henri, Bérard Alain, Magnin-Feysot Christian, Segouin Christophe et Bertrand D., « Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives », *Santé publique*, 2/2006 (Vol. 18), p. 245-262 ;
- Buton François et Pierru Frédéric, « Veille sanitaire », in *Dictionnaire critique de l'expertise*, Emmanuel Henry et al., Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Références », 2015, p. 313-321 ;
- Byk Christian, « Chapitre 5. Les agences sanitaires et la biomédecine : nouvelle légitimité technocratique et stratégie de partage du pouvoir », *Journal International de Bioéthique* 2/2014 (Vol. 25), p. 99-110 ;

- Callon Michel, « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n°36, 1986 ;
- Callon Michel, Lascoumes Pierre et Barthe Yannick, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Seuil, 2001 ;
- Chadelat Jean-François, « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 65-73 ;
- Chalmers Alan, *Qu'est-ce que la science ?*, éditions La Découverte, Paris, 1987 ;
- Champagne Patrick et Marchetti Dominique, « L'information médicale sous contrainte », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101, 1994, p. 40-62 ;
- Chateauraynaud François et Torny Didier, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Editions EHESS, Paris, 1999 ;
- Claude Gilbert et Laurence Raphaël, « Vers une gestion politique des crises sanitaires ? », *Les Tribunes de la santé*, 3/2011, n° 32, p. 55-60 ;
- De Blic Damien et Lemieux Cyril, « Le scandale comme épreuve. Eléments de sociologie pragmatique », *Politix*, 2005/3, n°71, p. 9-38 ;
- Delalande Nicolas et Spire Alexis, *Histoire sociale de l'impôt*, La Découverte, 2010 ;
- Domin Jean-Paul, « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les Tribunes de la santé* 5/2014 (n° HS 3), p. 21-29 ;
- Fainzang Sylvie, « Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. », *Les Tribunes de la santé*, 2/2014 (n° 43), p. 47-52 ;
- De Forges Jean-Michel, *Le droit de la santé publique*, « Que sais-je ? », PUF, 2012 ;
- Gellenoncourt Abélia et Patrizio Paolo Di, « Evaluation de l'acceptabilité du vaccin contre le papillomavirus auprès de lycéens masculins de Lorraine », *Santé publique*, 6/2014 (vol. 26), p. 753-761 ;
- Gingras Yves, *Sociologie des sciences*, « Que sais-je ? », PUF, 2013 ;
- Guerra Giovanni, « La place de la subjectivité dans le champ de la médecine », *Cliniques méditerranéennes*, 2/2010 (n° 82), p. 73-85 ;
- Guienne Véronique, *Nos choix de santé : Dilemmes et controverses*, éditions L'Atalante, 2012 ;
- Latour Bruno, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, La Découverte, 1984 ;
- Latour Bruno, *La science en action*, La Découverte, 1989 ;

- Latté Stéphane, « De l'individuel au collectif. Les usages sociaux de la victimisation », *Sciences sociales et santé*, 2005, vol. 23, p. 39-47 ;
- Latté Stéphane, « Victime », in *Dictionnaire critique de l'expertise*, Emmanuel Henry et al., Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), «Références », 2015, p. 322-328 ;
- Lemieux Cyril, « À quoi sert l'analyse des controverses ? », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 1/2007 (n° 25), p. 191-212 ;
- Palier Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, « Que sais-je ? », PUF, 2015 ;
- Pillayre Héloïse, « Les victimes confrontées à l'incertitude scientifique et à sa traduction juridique : le cas du vaccin contre l'hépatite B. », *Droit et société*, 1/2014 (n° 86), p. 33-53 ;
- Réquillart Hervé, « Ministres de la santé : un bilan en demi-teinte », *Les Tribunes de la santé*, 4/2009 (n° 25), p. 111-117 ;
- Rosanvallon Pierre, *La contre-démocratie*, Seuil, 2009 ;
- Shinn Terry et Ragouet Pascal, *Controverses sur la science. Pour une sociologie transversaliste de l'activité scientifique*, Raisons d'agir, 2005 ;
- Shinn Terry, « Nouvelles production du savoir et triple hélices. Tendances du prêt-à-penser les sciences », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 141, 2002, p.21-30 ;
- Skomska-Godefroy Jolanta, « La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français », in *L'Aventure de la vaccination*, Anne-Marie Moulin (dir.), Fayard, 1996, p. 423-437 ;
- Tabuteau Didier, « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé*, 1/2009 (n° 22), p. 19-40 ;
- Tabuteau Didier, *La Démocratie sanitaire*, éditions Odile Jacob, 2013 ;
- Tanti-Hardouin Nicolas, *La liberté au risque de la santé publique*, Les Belles Lettres, 2013 ;
- Veitl Philippe, « A quoi pensent les experts ? Paroles d'experts et paroles sur l'expertise », in *Le recours aux experts. Raisons et usages politiques*, Laurence Dumoulin, Stéphane La Branche, Cécile Robert, Philippe Warin (dir.), PUG, 2005, p. 15-35 ;
- *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Gilbert C., Henry E. (dir.), Paris, La Découverte, « Recherches/Territoires du politique », 2009 ;

- *Traité de santé publique*, Bourdillon F., Brücker G., Tabuteau D. (dir.), Flammarion, 2<sup>e</sup> édition, 2007 ;
- *Santé publique. L'état des savoirs*, Fassin D., Hauray B. (dir.), Editions La Découverte, Paris, 2010 ;
- *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Bras P.-L., de Pourville G., Tabuteau D. (dir.), Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection », 2009 ;

Revue :

- « Controverses et communication », *Hermès*, n°73, CNRS Editions, 2015 ;
- Gozlan Marc, Ratel Hervé et Riou-Milliot Sylvie, « La vérité sur les vaccins », *Sciences et avenir*, n°826, décembre 2015 ;
- « Aujourd'hui fabuleuses innovations. Demain véritable catastrophe ! », *Réalités & vaccinations*, Hors-série n°2, avril 2006 ;
- « Ce qu'ils ne veulent pas voir », *Réalités & vaccinations*, n°22, septembre 2015 ;

Articles de presse et émissions :

- « Et si on se faisait vacciner de façon personnalisée ? », [francetvinfo.fr](http://francetvinfo.fr), mis-à-jour le 18/06/2015 ;
- Dépêche AFP, « Refus de vacciner un enfant : la constitutionnalité en question », [liberation.fr](http://liberation.fr), mis-à-jour le 9 octobre 2014 ;
- Dépêche AFP, « Non-lieu dans l'enquête sur le vaccin contre l'Hépatite B », [lemonde.fr](http://lemonde.fr), mis-à-jour le 14 mars 2016 ;
- Blavignat Yohan, « La vaccination des enfants doit rester obligatoire, affirme le Conseil constitutionnel », [lemonde.fr](http://lemonde.fr), mis-à-jour le 20 mars 2015 ;
- Brunel Anne, « Vaccination : de la défiance à l'offensive juridique », [franceinfo.fr](http://franceinfo.fr), consulté le 13 novembre 2015 ;
- Jacobo Benoît et Robine Damien, « Vaccination : deux mois de prison avec sursis contre les époux Larère », [francebleu.fr](http://francebleu.fr), mis-à-jour le 7 janvier 2016 ;
- Steudler François., « Structures hospitalières, pratique libérale et prévention », *Le Monde diplomatique*, mars 1975 ;
- Jensen Pablo, « La vérité scientifique et le saut du tigre », *Le Monde diplomatique*, n° 741, décembre 2015 ;

- « La vaccination obligatoire des enfants doit-elle rester obligatoire ? », *Les auditeurs ont la parole* (RTL) du 20 mars 2015 ;
- « Anti-vaccins : lanceurs d’alerte ou idéologues ? », *Secrets d’info* (France Inter) du 13 novembre 2015 ;
- Béguin François, Cabut Sandrine et Santi Pascale, « Marisol Touraine ouvre le débat sur la vaccination obligatoire », *lemonde.fr* consulté le 12 janvier 2016 ;
- « Vaccins, médicaments, médecins : la défiance », *Complément d’enquête* (France 2) du 25 février 2016 ;
- *28 minutes* (Arte) du mercredi 13 janvier 2016, avec Michèle Rivasi (députée européenne), Robert Cohen (pédiatre et infectiologue) et Jacques Bessin (président de l’Union nationale des associations citoyennes de Santé) ;

#### Thèses et rapports :

- Bertrand Anne et Torny Didier, *Libertés individuelles et santé collective. Une étude socio-historique de l’obligation vaccinale*, rapport CERMES, 2004 ;
- Dietrich Thomas, *Démocratie en santé : les illusions perdues*, Contribution au rapport de l’Inspection générale des affaires sociales (réalisé par Madame Huguette Mauss) sur le pilotage de la démocratie en santé au sein du Ministère des affaires sociales et de la santé ;
- Hurel Sandrine, *Rapport sur la politique vaccinale*, 2016 ;
- Contribution de la LNPLV à la mission de Madame Hurel, 23 juin 2015 ;
- Renard Stéphanie, *L’ordre public sanitaire*, thèse pour le doctorat de droit, Université Rennes I, 2008 ;
- Fazzari Mauro, *Crise de la vaccination ou crise de l’anti-vaccination ?*, mémoire pour le master de philosophie, Paris I Panthéon-Sorbonne, 2015 ;
- Caniard Etienne et Brücker Gilles, « Etats généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualités et dossier en santé publique*, n°27, juin 1999 ;
- Guide des vaccinations, édition 2012 ;
- Haut conseil de la santé publique, Avis relatif à la politique vaccinale et à l’obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire

international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination, daté des 13 mars 2013 et 6 mars 2014 ;

- Cour des comptes, *La politique vaccinale de la France*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2012 ;
- Sénat, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à la politique vaccinale de la France du 13 février 2013 ;
- Assemblée nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) du 6 juillet 2010 ;
- Compte-rendu des débats à propos de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :
  - Séances des 2, 3 et 4 octobre 2001 à l'Assemblée nationale
  - Rapport de MM. Francis Giraud, Gérard Dériot et Jean-Louis Lorrain, au nom de la commission des Affaires sociales
  - Séance du 30 janvier 2002 au Sénat
  - 2<sup>ème</sup> Séance du mardi 12 février 2002 à l'Assemblée nationale, suite à la Commission mixte paritaire

## Annexes

Annexe 1 (p. 132) : Communiqué commun de l'Académie de médecine et du Conseil national de l'Ordre des médecins sur la question de l'obligation vaccinale.

- Ce document illustre l'influence, ou du moins la volonté d'influer, de la profession médicale sur les politiques de santé.

Annexe 2 (p. 133) et Annexe 3 (p. 134-135) : « Engagement du médecin vaccinateur », document mis à disposition par l'association ALIS ; Modèle de lettre et questionnaire médical proposé par l'UNACS.

- Ces documents illustrent la stratégie de la contre-peur mise-en-place par certains groupes anti-vaccinaux.

Annexe 4 (p. 136) : R.T. Chen, « Oral poliomyelitis vaccines », *The Lancet*, 1996

- Ce graphique présente le parcours « normal » d'un vaccin en comparant le taux de couverture avec l'incidence de la maladie. Selon ce document, la baisse de la confiance (« confiance ») et donc de couverture du vaccin sont des étapes normales d'une campagne de vaccination.

Annexe 5 (p. 136) : Ventes de vaccins BCG aux officines, janvier 2005-décembre 2011, reproduits dans le Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à la politique vaccinale de la France du 13 février 2013 (Source : InVS)

- Ce graphique montre l'évolution de la couverture contre la tuberculose entre les années 2005 et 2011. Deux événements sont notifiés : la disparition, en 2005, du Monovax® (produit à destination des enfants en bas âge) qui fait suite à l'arrêt de l'obligation de la primo-vaccination pour les maternelles (en 2004) ; et la suspension de l'obligation en population générale en 2007. On constate que la couverture (qui est calculée selon le nombre de doses vendues) pour le BCG a fortement chuté.

Annexe 6 (p. 137) : Exemples de caricatures anti-vaccinales récupérées sur des sites d'associations opposées aux vaccins.

- Ces trois caricatures exposent certains des griefs que la plupart des associations anti-vaccinales ont vis-à-vis de la vaccination, ici l'emprise des laboratoires pharmaceutiques sur la politique vaccinale ou la négation de la part des autorités sanitaires des effets indésirables.

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

---



### OBLIGATION VACCINALE - Protéger sans contraindre, c'est possible

Paris le 19 janvier 2015 L'Académie nationale de médecine et le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappellent que la vaccination est le moyen le plus efficace pour assurer la protection de nos concitoyens contre certaines maladies contagieuses, à titre à la fois individuel et collectif.

Trois vaccins sont actuellement obligatoires en France (diphtérie, tétanos, poliomyélite) et ne couvrent qu'une faible partie des risques infectieux encourus sur notre territoire. Tous les autres vaccins sont « recommandés », alors qu'ils protègent contre des maladies à prévalence élevée et à fort impact en santé publique. Des maladies comme l'hépatite B, les infections à papillomavirus oncogènes en cause dans le cancer du col de l'utérus, notamment, ou bien les méningites à méningocoques pour lesquelles la vaccination est seulement recommandée, ont paradoxalement un bilan plus lourd que des maladies pour lesquelles la vaccination est obligatoire. L'actualité récente a rappelé également que des maladies devenues rares, comme la rougeole, voire en voie de disparition, comme la diphtérie ou le tétanos, peuvent encore survenir, entraînant de graves séquelles, sinon des décès, lorsque la couverture vaccinale est insuffisante.

Dans ces conditions, l'Académie nationale de médecine et le Conseil National de l'Ordre des Médecins recommandent de ne pas remettre en cause le principe de l'obligation vaccinale, et de veiller à faire respecter des règles d'exigibilité à même d'assurer une réelle protection de la population.

Il convient d'établir une liste des vaccinations exigibles qui devra être révisée périodiquement en fonction des données épidémiologiques et scientifiques ; cette exigibilité doit tenir compte d'une évaluation des risques propres à certaines situations bien identifiées, à savoir :

- collectivités, crèches, écoles, établissements scolaires, établissements d'hébergement ;
- métiers exposés ;
- voyages, migrations ;
- Épidémies.

*Toutes ces conditions nécessiteront des mesures réglementaires adaptées à chaque situation et selon l'âge des personnes.*

Enfin et surtout, l'Académie nationale de médecine et le Conseil National de l'Ordre des Médecins insistent pour que toute modification de la politique vaccinale donne lieu au préalable à une information large du public et des professionnels de santé, dans une concertation organisée entre les responsables politiques et les différents acteurs.

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

Contact presse

 @ordre\_medecins

Evelyne Acchlardl 01 53 89 32 80

**ENGAGEMENT DU MEDECIN VACCINATEUR**

IDENTITE DU PRATICIEN :

Puisque j'ai foi dans l'efficacité du vaccin que je vais inoculer, puisque j'ai foi dans l'innocuité de ce vaccin, puisque je considère qu'il n'y a aucun risque, en tant que médecin vaccinateur, je m'engage à assumer toutes les conséquences qui pourraient advenir et suivre la vaccination, apportant un préjudice à la personne et à la famille ou aux ayant droits relatifs à la personne que je m'autorise à vacciner. Bien entendu, je m'engage à ne pas recourir à une quelconque assurance pour me dégager des conséquences matérielles et financières liées à mon acte médical, ni à un recours contre le laboratoire producteur du vaccin, ni contre l'état ayant rendu cette vaccination obligatoire.

IDENTITE DE LA PERSONNE VACCINEE :

REFERENCES DU VACCIN :

DATE DE L'ACTE :

Signature :

Fait en 5 exemplaires : 1 pour le patient ou ses parents s'il n'est pas majeur  
1 envoyé au ministère de la santé.  
1 envoyé à la caisse d'assurance du praticien.  
1 envoyé à l'ordre des médecins.  
1 gardé par le praticien.

coordonnées du patient

coordonnées du médecin

\_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

lieu

date

**Objet : Demande d'informations par écrit**

\_\_\_\_\_

Titre, prénom et nom du médecin

Suite à notre entretien, vous me conseillez des vaccinations. Vous me demandez de prendre la bonne décision, en ayant confiance en vos dires. Par conséquent :

- Vu la loi du 4 mars 2002 (loi dite « Kouchner ») sur l'obligation du médecin de donner à son patient, et/ou son représentant légal, une information claire, loyale et exhaustive.
- Vu l'arrêt du 25 février 1997 de la Cour de cassation qui indique : « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. Ainsi, il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation ».
- Vu l'arrêt du 14 octobre 1997 de la Cour de cassation, dans le cadre de la responsabilité contractuelle, qui mentionne : « Le médecin a la charge de prouver qu'il a bien donné à son patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations ou soins qu'il lui propose. »

Je vous demande de me retourner vos réponses au questionnaire joint à cette lettre, cela afin d'éviter tout quiproquo par la suite.

En attente de vous lire, veuillez recevoir, \_\_\_\_\_, l'expression de mes salutations distinguées.

Titre, prénom et nom du médecin

\_\_\_\_\_

signature du patient

*Exemplaire reçu le :*

*Titre, nom et prénom :*

*Signature :*

Ce document est édité par L'Union Nationale des Associations Citoyennes de Santé (unacs.org) et l'Association Prévention Vaccin (preventionvaccin.org) dans le cadre du mouvement citoyen pour faciliter la vaccination. Reproduction et diffusion autorisées sans modification et sous réserve de citer la source.



UNACS/CPA/1304

---

## QUESTIONNAIRE SUR L'ACTE MEDICAL PROPOSÉ

1. Quels vaccins préconisez-vous ? Contre quelles maladies ?
2. Parmi les vaccins que vous préconisez, certains sont-ils obligatoires ? Si oui, lesquels ? Combien d'injections sont obligatoires selon la loi en vigueur ? Il y a-t-il un ou plusieurs rappels obligatoires ? A quelle fréquence les injections doivent-elles être faites ?
3. Dans le cas d'un choix pour les vaccins obligatoires uniquement, pouvez-vous confirmer que les vaccins que vous proposez ne contiennent aucune valence non obligatoire et qu'ils ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) en cours de validité ?
4. Quels examens faites-vous pratiquer avant vaccination pour vérifier si le sujet est déjà immunisé ?
5. Quels sont les effets secondaires possibles de l'acte médical que vous proposez ?
6. Quelles sont les mises en garde mentionnées dans les notices des vaccins que vous préconisez ?
7. Pouvez-vous indiquer si les vaccins que vous préconisez contiennent des substances reconnues toxiques ou dangereuses, ou s'ils contiennent des substances pour lesquelles vous ne disposez d'aucune information fiable assurant leur innocuité ?
8. Les médecins s'accordent à dire que les vaccins peuvent être déclencheurs de maladies, pouvez-vous vous assurer que je ne suis pas porteur de l'une d'entre elles ?
9. Quels examens faites-vous pratiquer pour vous assurer que l'état de santé de votre patient ne présente aucune contre-indication médicale aux vaccins que vous préconisez ?
10. Pouvez-vous certifier que les vaccins que vous préconisez sont sans danger dans ma situation ?
11. Pouvez-vous fournir les preuves scientifiques démontrant l'efficacité des vaccins que vous préconisez ?
12. Quel est le risque de développer la maladie si je ne suis pas vos recommandations vaccinales ? Et quel est le risque si je les suis ?
13. Pouvez-vous certifier que la recrudescence d'une maladie qui aurait disparue grâce à la vaccination serait due à la non-vaccination ?
14. Quels sont les chiffres officiels en France à propos des conséquences des maladies infectieuses sur les 50 dernières années ?
15. Quels sont les chiffres officiels en France à propos des conséquences des accidents post-vaccinaux sur les 50 dernières années ?
16. Recevez-vous une prime à la vaccination conformément à la convention médicale qui régit les obligations des médecins libéraux et leurs relations avec la Sécurité sociale ?
17. Avez-vous des liens d'intérêts avec un ou plusieurs laboratoires pharmaceutiques ? Si oui lesquels ?

*Afin de lever tout doute éventuel, il serait judicieux de mentionner vos sources d'informations (médicales et autres).*

*Exemplaire reçu le :*

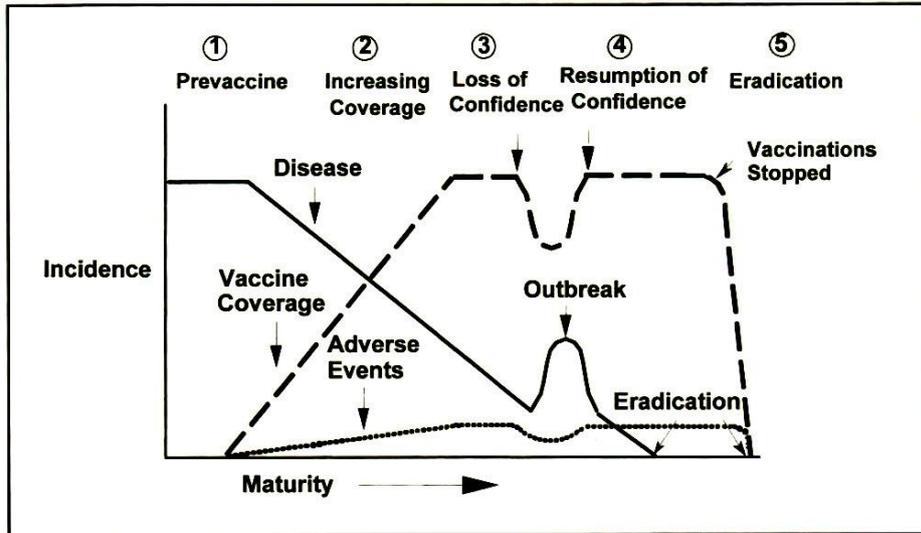
*Titre, nom et prénom :*

*Signature :*

Ce document est édité par L'Union Nationale des Associations Citoyennes de Santé (unacs.org) et l'Association Prévention Vaccin (preventionvaccin.org) dans le cadre du mouvement citoyen pour faciliter la vaccination. Reproduction et diffusion autorisées sans modification et sous réserve de citer la source.

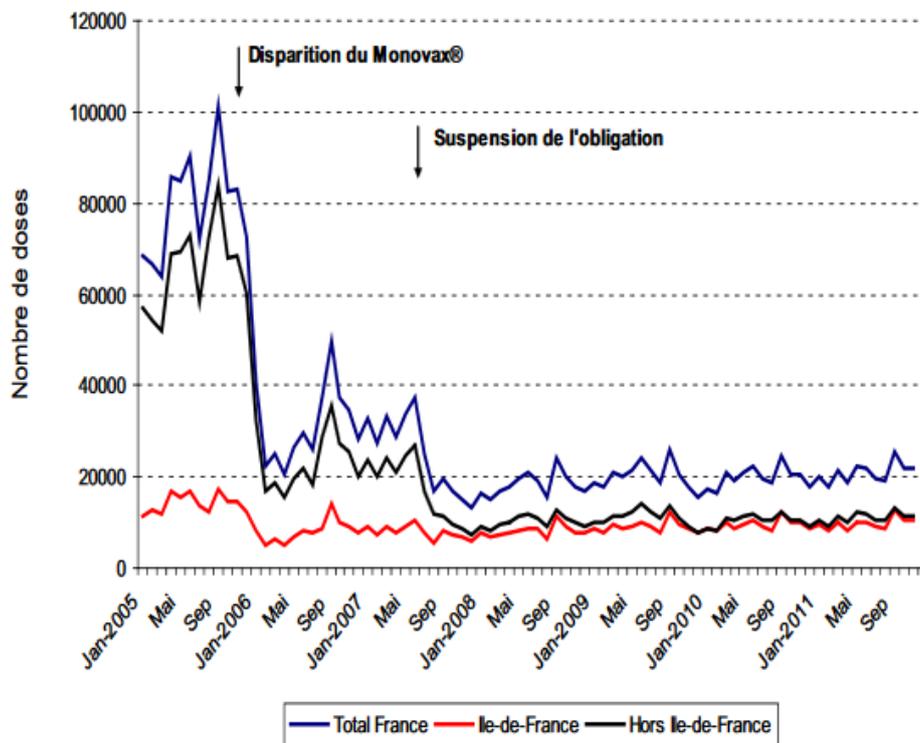


Annexe 4 : R.T. Chen, « Oral poliomyelitis vaccines », *The Lancet*, 1996



**Figure 1.** Evolution of immunization program and prominence of vaccine safety.

Annexe 5 : Ventes de vaccins BCG aux officines, janvier 2005-décembre 2011, reproduits dans le Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à la politique vaccinale de la France du 13 février 2013 (Source : InVS)



Annexe 6 : Exemples de caricatures anti-vaccinales



## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>Mots-clés</b> .....	<b>6</b>
<b>Keywords</b> .....	<b>6</b>
<b>Avertissement</b> .....	<b>7</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>7</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>8</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 : Un vaccin indiscutable</b> .....	<b>23</b>
I- <u>La formation de la « boîte noire » de la vaccination</u> .....	<b>24</b>
A) Le verrouillage scientifique .....	<b>24</b>
1. <i>Un vaccin inévitable</i> .....	<b>24</b>
2. <i>Un vaccin marginalisé dans la « tradition clinique paternaliste »</i> .....	<b>26</b>
3. <i>Une santé publique de plus en plus isolée</i> .....	<b>28</b>
B) Le verrouillage juridique .....	<b>30</b>
1. <i>Une médecine autorégulatrice</i> .....	<b>30</b>
2. <i>Le vaccin au cœur de la santé publique et de l'ordre public sanitaire</i> .....	<b>32</b>
II- <u>Les limites de l'indiscutabilité vaccinale</u> .....	<b>34</b>
A) Des tentatives de discutabilité perfectibles.....	<b>35</b>
B) Une santé publique affaiblie .....	<b>37</b>
1. <i>La prévention, angle mort du système de santé</i> .....	<b>37</b>
2. <i>L'échec des objectifs de santé publique</i> .....	<b>38</b>
C) Une santé publique en crise .....	<b>41</b>
<b>Chapitre 2 : La démocratie sanitaire : vers un vaccin discutable ?</b> .....	<b>45</b>
I- La mise à l'agenda de la démocratie sanitaire : du diagnostic à « l'antidote » .....	<b>47</b>
A) L'affaire du sang contaminé .....	<b>47</b>

1.	<i>Contexte</i> .....	47
2.	<i>L'affaire et ses conséquences</i> .....	49
B)	La transformation de l'ordre public sanitaire par la sécurité sanitaire .....	50
1.	<i>Définition du principe de sécurité sanitaire</i> .....	50
2.	<i>Une diversification des intervenants induite par la sécurité sanitaire</i> .....	51
3.	<i>Un nouvel ordre public sanitaire</i> .....	54
4.	<i>Une nouvelle balance entre obligations (vaccinales) et libertés individuelles</i> .....	56
C)	La loi Kouchner ou loi du 4 mars 2002 .....	57
1.	<i>Germination du concept de démocratie sanitaire</i> .....	57
2.	<i>« Retisser le fil de la confiance » par le droit des malades</i> .....	59
3.	<i>« 13 000 Francs pour les soins, 20 Francs pour la prévention ! » : l'inscription de la prédominance de la prévention dans la loi</i> .....	61
II-	Politique vaccinale et loi du 4 mars 2002 .....	62
A)	Une nouvelle gestion des crises : l'exemple de la crise du H1N1 (2009-2010) .....	63
1.	<i>Rappel des faits</i> .....	63
2.	<i>Un « faux-positif » toutefois révélateur</i> .....	64
B)	Une « nouvelle culture médicale » ? .....	66
<b>Chapitre 3 : Défiance vaccinale et démocratie sanitaire</b> .....		<b>69</b>
I-	<u>Une dénonciation transformée par le droit des malades</u> .....	71
A)	De nouveaux modes d'action .....	73
1.	<i>Le développement de la contre-information</i> .....	73
2.	<i>La stratégie de la « contre-peur »</i> .....	75
B)	De nouveaux procédés au service de la dénonciation .....	76
1.	<i>Transgression du principe de démocratie sanitaire, ruptures de stocks organisées, contrat d'incitation... Des pratiques scandaleuses ?</i> .....	76
2.	<i>« Des manœuvres pour se grandir »</i> .....	78
C)	Une affaire vaccinale ? .....	80
1.	<i>Les limites de la dénonciation anti-vaccinale</i> .....	80
2.	<i>L'affaire vaccinale comme « rupture d'unanimité » pro-vaccinale</i> .....	82
II-	<u>L'état de la question vaccinale</u> .....	83
A)	« L'arbre du doute » des vaccinations .....	84

1. <i>Tenants de la réglementation contre libertaires</i> .....	84
2. <i>La mise en doute de l'expertise sanitaire</i> .....	86
3. <i>Médecine autorisée contre médecines alternatives</i> .....	87
B) Un blocage de la question vaccinale ? .....	88
1. <i>Une controverse qui tourne au « dialogue de sourds »</i> .....	88
2. <i>Le procès Larère : la réaffirmation d'un vaccin indiscutable</i> .....	90
3. <i>Le procès de l'hépatite B : la difficile existence des victimes</i> .....	92
4. <i>Le blocage comme producteur de défiance</i> .....	94
III- <u>Vers une domestication de la défiance vaccinale</u> .....	95
A) La neutralisation des inquiétudes excessives.....	96
B) Une consultation publique sur les vaccinations ? .....	97
1. <i>La recherche d'un compromis</i> .....	97
2. <i>Une mise-en-scène de la consultation</i> .....	98
<b>Chapitre 4 : Des mutations favorables à une discutabilité des vaccins</b> .....	<b>103</b>
I- <u>Un contexte épidémiologique propice à la discutabilité des vaccins</u> .....	<b>105</b>
A) Des obligations moins indispensables .....	<b>105</b>
1. <i>La « transition épidémiologique » de nos sociétés contemporaines</i> .....	<b>105</b>
2. <i>Une nouvelle gestion des épidémies</i> .....	<b>107</b>
3. <i>Une vaccination à la carte ?</i> .....	<b>108</b>
B) Une nouvelle microéconomie de la santé .....	<b>108</b>
1. <i>Un acteur rationnel au cœur du système de santé</i> .....	<b>108</b>
2. <i>L'Homo medicus, un mythe ?</i> .....	<b>110</b>
II- <u>Une administration de la santé plus libérale</u> .....	<b>111</b>
A) Parallèle entre les politiques fiscale et vaccinale.....	<b>112</b>
B) Une nouvelle macroéconomie de la santé .....	<b>113</b>
1. <i>Un changement de paradigme pour l'assurance-maladie</i> .....	<b>113</b>
2. <i>Vaccination et rationalisation de la santé</i> .....	<b>115</b>
3. <i>Une nouvelle santé publique</i> .....	<b>118</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>121</b>

<b>Bibliographie.....</b>	<b>124</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>130</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>138</b>