

LES RÉTICENCES À LA VACCINATION : approche du phénomène à travers les données de la littérature

F. KETTERER (1), P. TREFOIS (2), M-CH. MIERMANS (3), M. VANMEERBEEK (4), D. GIET (5)

RÉSUMÉ : Bien qu'ayant toujours existé, les réticences à la vaccination semblent aujourd'hui connaître une force particulière. À l'aide des données de la littérature, l'article propose, dans un premier temps, de décrire les ressorts de cette résistance. Le recul des maladies infectieuses conduit à une plus grande attention aux effets secondaires des vaccins, de même que l'évolution sociétale conduit les individus à une recherche du risque zéro dans de nombreux aspects de leur vie. À ces phénomènes, s'ajoutent une plus grande méfiance vis-à-vis de l'Etat, ainsi que l'influence des médias, faisant leurs gros titres des possibles effets délétères associés à tel ou tel vaccin. Les mouvements anti-vaccination participent de cette défiance face à la vaccination, utilisant Internet pour relayer leurs opinions. Dans un deuxième temps, l'article cherche à évaluer la vision générale que la population a de la vaccination. Cette vision reste très largement positive, même si des questionnements demeurent. Une typologie des patients permet de dégager quatre profils principaux. Enfin, après s'être intéressé à la vision qu'ont les médecins eux-mêmes de la vaccination, l'article se termine par quelques conseils concernant la manière de concevoir la relation thérapeutique autour de la vaccination.

MOTS-CLÉS : Vaccination de masse - Refus de participer - Comportement collectif - Education pour la santé

INTRODUCTION

C'est à la fin du 18^{ème} siècle, en 1796, qu'un médecin anglais, Jenner, inocule la vaccine à un enfant de huit ans, démontrant qu'elle protège contre la variole. La vaccination est née. Mais, dès le début, elle rencontre des oppositions d'une partie de la communauté scientifique et médicale, très prudente, qui se pose des questions quant aux risques encourus face à cet acte. Cette mobilisation anti-vaccinale, si elle se retrouve dans plusieurs pays, est particulièrement marquée en Angleterre et aux Etats-Unis (1). La méfiance est renforcée par les origines plus ou moins suspectes de la vaccine (aussi appelée variole de la vache), car le pus vaccinal est extrait pour être inoculé à des êtres humains. Cette méfiance trouvera un second souffle vers

RETICENCE TO VACCINATION: AN APPROACH TO THE PHENOMENON
THROUGH A LITERATURE REVIEW

SUMMARY : Although it exists since vaccination appeared, reticence towards vaccination seems to be increasing. Through a literature review, this article first analyses the reasons for this reticence. The decline of infectious diseases leads to greater attention to side effects of vaccines; on the other hand, the social evolution leads patients to search for zero risk in different aspects of life. Suspiciousness towards the State and the influence of media emphasizing potential deleterious effects of each vaccine are additional phenomena explaining people's hesitations. Anti-vaccination movements using Internet to disseminate their ideas are also responsible. Secondly, the article aims at assessing the public opinion about vaccination. It is still predominantly positive, even if questions remain. A typology of four patients' profiles based on statistical results is proposed. Finally, after having examined the medical doctors' opinion concerning vaccination, this article ends with some pieces of advice on how to deal with vaccination in the patient-doctor relationship.

KEYWORDS : Mass vaccination - Refusal to participate - Mass behavior - Health

le milieu du 19^{ème} siècle, avec l'apparition de varioles post-vaccinales (1).

La résistance à la vaccination semble indissociable de l'acte prophylactique, et se retrouve à toutes les époques, associée à des vaccins particuliers (2). Ainsi, le BCG a longtemps été perçu comme un vaccin français, jamais adopté aux Etats-Unis et rejeté en Allemagne dès 1929 suite à la contamination accidentelle du vaccin par une souche virulente de *M. tuberculosis* (3). La vaccination contre l'hépatite B a posé problème en France et en Belgique francophone en raison de son lien présumé avec la sclérose en plaques. En Angleterre, le vaccin contre la rougeole a été accusé de provoquer l'autisme. Dans les pays pauvres, les réticences concernent surtout les vaccins contre la polio et le tétanos (4).

Outre la pérennité de la résistance, une constance existe dans ses formes (5). L'acte médical même est perçu comme l'introduction d'une maladie, d'un corps étranger chez un sujet sain. L'opposition se manifeste aussi à travers la remise en cause de l'obligation vaccinale, imposée par l'Etat. Au discours sur le progrès scientifique représenté par la vaccination, ses contempteurs opposent la liberté individuelle, l'idée de laisser faire la nature, de

(1) Sociologue, (4) Chargé de cours, (5) Professeur, Département de Médecine générale, Université de Liège.

(2) Société scientifique de Médecine générale et Question Santé asbl.

(3) Psychologue, APES, Université de Liège, et PRO-VAC-ULg.

laisser les défenses immunitaires se renforcer face à un agent pathogène.

Si ces résistances marquent l'histoire de la vaccination, au point d'en être indissociables, les questionnements autour de la vaccination connaissent une résurgence de nos jours dans une proportion non négligeable de la population: le sens, l'efficacité et la sécurité sont interrogés. Nous tenterons d'en décrire les ressorts à travers quelques données de la littérature.

LES RESSORTS DES RÉSISTANCES

RECU L DES MALADIES INFECTIEUSES

Comprendre les résistances à la vaccination nécessite de s'intéresser à la prévalence des maladies infectieuses, dont le recul de la morbidité et de la mortalité au cours du XX^e siècle a été permis par une amélioration des conditions de vie, de l'hygiène et de la nutrition, une généralisation de la vaccination et l'apparition des antibiotiques. En conséquence, les maladies non infectieuses ont acquis un poids relatif plus important (6).

Parallèlement, le recul des maladies infectieuses a conduit à une perte progressive de la conscience collective par rapport à l'environnement infectieux. L'acte prophylactique engendre de grands bénéfices pour la collectivité, mais n'a parfois qu'un faible attrait au niveau individuel. Ce «paradoxe de la prévention» engendre ainsi une perception moindre du risque de maladie, avec un risque épidémiologique qui paraît assez ténu (7). L'idée de vulnérabilité personnelle s'en trouve aussi, *ipso facto*, amoindrie. Par un effet de vases communicants, la perception du risque de maladie se tourne alors vers les effets secondaires potentiels des vaccins, engendrant une inquiétude particulière sur ces derniers (8).

En conséquence, le taux de couverture vaccinale est insuffisant pour certaines maladies et les refus de vaccination augmentent. Des maladies infectieuses qui avaient quasiment disparu refont périodiquement leur apparition, avec plus ou moins de force. Par exemple, en 1992-1993, une épidémie locale de poliomyélite est survenue aux Pays-Bas, suite à des refus de vaccination (9). En 2011, des épidémies de rougeole sont réapparues dans divers pays européens, avec un déplacement de l'âge d'apparition vers les jeunes adultes; en Belgique, au moins 579 cas ont été enregistrés pour l'année 2011, contre seulement 40 cas en 2010 (10).

EVOLUTION DU CADRE THÉRAPEUTIQUE

La question des résistances à la vaccination ne saurait se comprendre indépendamment de l'évolution du cadre thérapeutique, marquée par une responsabilisation des individus – à l'œuvre également dans l'ensemble de la société – avec une injonction à être «l'entrepreneur de sa propre vie» (11).

Dans le paysage sanitaire, la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients affirme le droit à l'information, tout en promouvant le consentement éclairé : le patient doit détenir les tenants et aboutissants de sa situation.

Cette législation redéfinit la relation thérapeutique, avec une remise en cause partielle de sa dissymétrie. Le pouvoir du médecin est contrebalancé par une attente des patients concernant la qualité et la sécurité des soins, et partant, un risque zéro (6).

MÉFIANCE VIS-À-VIS DE L'ÉTAT

Une plus grande méfiance se manifeste aussi vis-à-vis de l'État. Elle est liée aux récents scandales sanitaires tels que la maladie de la vache folle, l'affaire du sang contaminé en France ou la crise de la dioxine en Belgique, qui soulignent les manquements étatiques en matière sanitaire. Dans ce contexte, l'individualisme des sociétés occidentales modernes et le libre-arbitre individuel viennent s'opposer à la dimension collective de la recommandation ou de l'obligation vaccinale (6).

TRAITEMENT MÉDIATIQUE DES ACCIDENTS

La forte médiatisation d'effets secondaires attribués sans preuves scientifiques aux vaccins, tels que la mort subite du nourrisson, des cas d'autisme ou de sclérose en plaques, contribue parfois à surévaluer la réalité d'un phénomène (12). Le cas de la grippe H1N1 représente l'un des derniers exemples en date du climat de peur entretenu autour d'un vaccin, dans un contexte médiatique allant jusqu'à évoquer parfois un grand complot mondial (13).

LES MOUVEMENTS ANTI-VACCINAUX ET LEUR VISIBILITÉ CROISSANTE

Dans des proportions moindres, les résistances à la vaccination sont aussi entretenues par l'activité de farouches mouvements anti-vaccinaux, qui prônent la défense des libertés individuelles. Leur discours est marqué par l'aspect antinaturel de la vaccination, ses dangers pour la santé, son rôle négligeable dans l'éradication

des maladies infectieuses, attribuée davantage aux progrès de l'hygiène. Enfin, ils considèrent que la vaccination répond surtout à des intérêts économiques (14, 15).

Ces mouvements anti-vaccinaux sont parfois assez proches des partisans des théories du complot, qui avancent l'idée que la santé publique est un paravent derrière lequel se cachent surtout des intérêts occultes qui s'expriment et se coalisent : des lobbys pharmaceutiques et des scientifiques cherchant à financer leurs recherches. Dans ses formes les plus extrêmes, les partisans de la théorie du complot vont jusqu'à évoquer l'idée de la création artificielle de maladies par le biais de la vaccination, avec un eugénisme sous-jacent imputé aux promoteurs de la vaccination.

L'indépendance des experts (ou des décideurs) est, il est vrai, une question épineuse qui mériterait plus de clarté (9, 16). Un agent comme le rotavirus, responsable de 500.000 décès annuels dans le monde, est un problème de santé important dans les pays pauvres qui concentrent l'essentiel des décès, davantage que dans les pays riches, où il ne constitue qu'un faible problème de santé publique, à l'exception de collectivités d'enfants telles que les milieux d'accueil (17). Ce cas de figure pose la question de la pertinence de la vente et du remboursement du vaccin anti-rotavirus dans les sociétés occidentales malgré un rapport peu favorable du coût rapporté au nombre d'années de vie ajustées à la qualité (Quality Adjusted Life Years ou QALY). Le rôle des firmes pharmaceutiques, et de leurs campagnes d'information qui promeuvent les vaccins qu'elles produisent, n'est pas anodin non plus dans de telles situations.

Internet constitue une fenêtre d'exposition de grande ampleur pour la mouvance anti-vaccinale, alors que la proportion de personnes y recherchant des informations de santé est en constante augmentation (18). Une étude a montré que moins les termes utilisés sur un moteur de recherche sont précis, plus la probabilité de tomber sur un site anti-vaccination est importante. Ainsi, 71% des sites indexés avec le terme anglais «vaccination» étaient plus ou moins opposés à celle-ci, mais on n'en trouvait aucun si on utilisait le terme plus scientifique «immunisation» (19). Or, selon une étude allemande, consulter ces sites anti-vaccinaux conduit à une plus grande attention aux risques et effets secondaires de la vaccination, réduisant la probabilité de se faire vacciner (la vaccination se fait lorsque les bénéfices attendus sont supérieurs aux risques encourus) (20).

Les noms des sites peuvent prêter à confusion : dans Google, l'expression «information vaccination» donne <http://www.info-vaccination.be/> et <http://www.vaccination-info.be/>. Si les deux se présentent comme des sites d'information, leur contenu diffère fortement. Le premier est proche des mouvements anti-vaccination – sans mentionner d'éditeur ni de sponsor – comme le dénotent les rubriques qui le composent : «les différents effets secondaires des vaccins», «les mensonges racontés sur les vaccins», etc. Le second évoque les différents vaccins existants, propose des recommandations pour différentes catégories de personnes (enfants, adolescents, adultes, travailleurs ou voyageurs), et aborde la question de la sécurité des vaccins. Les auteurs du site sont mentionnés explicitement : l'asbl Question Santé, soutenue par le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

QUELLE EST L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE ?

Malgré les mouvements d'opposition, la vaccination bénéficie encore très largement d'une image positive dans la population. Selon une étude réalisée en France en 2005, 43% des personnes interrogées se disaient très favorables à la vaccination et 47% plutôt favorables (soit un total de 90% des individus). En outre, 93% des personnes considèrent que les vaccins donnés aux enfants le sont pour les protéger de maladies graves. Des doutes n'en demeurent pas moins : 55% considèrent qu'il est très angoissant de se faire vacciner avec un nouveau vaccin, même s'il a été soigneusement testé; 38% pensent aussi qu'en se faisant vacciner, il est possible d'attraper une forme grave de la maladie contre laquelle le vaccin est censé protéger (21).

En Région wallonne, les enquêtes triennales de couverture vaccinale montrent que la prévention vaccinale garde, aux yeux des parents, une importante valeur positive. Ainsi, en 2009, aucun vaccin recommandé n'est jugé «peu important» par plus de 5% de parents interrogés, avec des résultats sensiblement différents selon les maladies, témoins de perceptions différentes de la gravité des affections dont les vaccins protègent (22). L'enquête montre également que, pour aucun enfant, les parents n'ont exprimé un refus clair pour tous les vaccins. Un autre point essentiel mis en évidence dans l'enquête est la confiance que les parents accordent au vaccinateur de leur enfant. Cette constatation est en concordance avec d'autres auteurs (23).

Les réticences à la vaccination ne se distribuent pas socialement au hasard : elles se retrouvent plus souvent chez les plus de 50 ans, les femmes, les personnes ayant fait des études supérieures, ainsi que celles se faisant soigner par acupuncture ou homéopathie (24). Les personnes réticentes ont plus souvent un médecin qui ne leur recommande pas la vaccination (21).

Anne Siegrist propose une répartition de la population en quatre profils de patients : 1) les opposants, peu nombreux, mais les plus radicaux et les plus revendicatifs; c'est là le terrain des mouvements anti-vaccinaux; 2) les hésitants, groupe en constante augmentation, marqués par un manque de confiance dans les autorités médicales et de santé, et qui se sentent perdus dans la masse des informations reçues; 3) les peu concernés, individus qui ne se posent guère de questions, qui n'ont peur ni des vaccins, ni des maladies, et qui font ce qu'on leur dit, sans démarche active; 4) les demandeurs de vaccination, soucieux de leur santé, qui ont confiance et ont une démarche active, en sollicitant la vaccination (25). Ce sont les deuxième et troisième groupes sur lesquels les médecins peuvent avoir le plus d'influence.

LES MÉDECINS ET LA VACCINATION

Néanmoins, pour que la vaccination soit promue par les médecins, il convient aussi de tenir compte de leur propre rapport à la vaccination. La thématique est peu abordée durant les études de médecine (25). Les connaissances et les croyances des individus sont dès lors largement déterminantes. Une étude néerlandaise, menée auprès de généralistes, a montré une proportion de vaccinés contre la grippe saisonnière de 36%. Les motivations des médecins vaccinés étaient pour 74% le risque d'avoir la grippe et pour 36% la réduction de transmission à leurs patients. Parmi les médecins non vaccinés, 52% évoquaient l'absence d'indication médicale personnelle à le faire, 28% une protection liée à leur exposition professionnelle, 16% des doutes quant à l'efficacité du vaccin, et seulement 6% la peur des effets secondaires (26).

Pourtant, 97,1% des médecins généralistes ont une vision largement positive de la vaccination selon une étude française. Cependant, 58% d'entre eux s'interrogent sur l'utilité des vaccins donnés aux enfants et 31% sur la sécurité même des vaccins (27). Ces opinions sont néanmoins contrastées en fonction du vaccin considéré : les vaccins contre le tétanos et la poliomyélite sont considérés comme les plus utiles et les plus sûrs, alors que ceux contre l'hépatite B, le BCG

et l'anti-pneumococcique suscitent davantage d'interrogations (6, 28). Les médecins très favorables, eux, se caractérisent par une pratique importante en termes d'actes, travaillent davantage en groupe, participent à un réseau de soins et n'ont pas d'exercice particulier de la médecine, comme l'homéopathie (29). Les 2% de médecins défavorables à la vaccination sont en moyenne plus âgés, pratiquent un exercice particulier, travaillent plus souvent seuls et/ou à temps partiel (29).

CONCLUSION

Quatre éléments peuvent être avancés afin d'aider les médecins à adopter une attitude adéquate face à la vaccination.

En premier lieu, les médecins doivent être eux-mêmes bien informés, avoir une analyse critique des différentes vaccinations, pertinentes ou optionnelles, et de leur efficacité pour la société. Ce besoin d'information est d'autant plus aigu que la vaccination n'est que brièvement abordée dans le cadre des études.

Ensuite, la recommandation d'un professionnel de santé demeure un élément déterminant dans l'acceptation de la vaccination des parents et des patients.

Dans un troisième temps, c'est au médecin d'ouvrir le dialogue avec le patient sur le sujet. Pour être constructif, il doit tenir compte des attitudes et des croyances des patients face à la maladie considérée et à la vaccination correspondante. C'est sur cette base qu'il sera possible d'adopter une démarche pédagogique, pour tenter de répondre à ses doutes et ses inquiétudes. Ce modèle de relation s'apparente à une consultation négociée, proche en cela de la démarche adoptée dans l'entretien motivationnel (30).

Enfin, face à l'individualisme montant, il est nécessaire de rappeler que le bénéfice de la vaccination ne concerne pas uniquement les individus. Dans les cas où il est question d'élimination d'une maladie – pour des raisons médicales, éthiques et économiques –, c'est la société plus que les individus qui est concernée, si l'on considère, en accord avec la pensée du sociologue Emile Durkheim, que le tout est différent de la somme des parties. Ainsi, la société en tant que telle ne saurait se réduire aux seuls choix individuels, mais possède une identité propre, dont il faut tenir compte pour en assurer la viabilité. La dimension collective de la protection vaccinale prend en compte le fait que le risque collectif de contracter une maladie infectieuse est plus élevé lorsque la

proportion de personnes non vaccinées augmente dans un groupe ou une population. Les risques et les bénéfices du vaccin sont à mettre en balance avec la gravité et la fréquence de la maladie, non seulement pour les personnes à qui la vaccination est recommandée, mais aussi pour l'ensemble de la population; en effet, tant les maladies que les vaccins ont un coût et des effets secondaires. Le risque zéro n'existe pas. Il y a donc à gérer une incertitude et un risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Darmon P.— Les premiers vaccinophobes. *Sosan*, 1984, **2**, 127-134.
2. Spier RE.— Perception of risk of vaccine adverse events: a historical perspective. *Vaccine*, 2001, oct 15; 20 Suppl 1:S78-84; discussion S75-77.
3. Moulin A-M.— Les «périls» associés aux campagnes de vaccination. *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, **71**, 39-40.
4. Jestin C.— Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : les vaccinations en France : perceptions, attitudes et réticences, 2009 - <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/3/27/09/71/INPES-2.pdf> - consultation du 11 juillet 2012.
5. Floret J.— Comment faire de la pédagogie autour du vaccin ? *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, **71**, 43-45.
6. Balinska M-A, Léon C.— Opinions et réticences face à la vaccination. *La Revue de Médecine Interne*, 2007, **28**, 28-32.
7. Poland GA, Jacobson RM.— Understanding those who do not understand : a brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine*, 2001, **21**, 2440-2445.
8. Manciaux M.— Éthique et vaccinations des enfants. *Sosan*, 1984, **2**, 167-189.
9. Trefois P.— Vaccination : le temps des doutes? *Education Santé*, 2011, 272.
10. Sabbe M, Hutse V.— Epidémie de rougeole en Belgique, 2011. *Epi-Scoop*, 2012, 12.
11. Ehrenberg A.— Le Culte de la performance. Calmann-Lévy, Paris, 1991.
12. Chen RT, Rastogi SC, Mullen JR, et al.— The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). *Vaccine*, 1994, **12**, 542-550.
13. Ketterer F, Goffin Y, Boyer P, et al.— Les critères de décision concernant la vaccination contre la grippe AH1N1, en Belgique et en France. *Presse Médicale*, 2012, sous presse.
14. Davies P, Chapman S, Leask J.— Antivaccination activists on the world wide web. *Arch Dis Child*, 2002, **87**, 22-25.
15. Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS.— Content and design attributes of antivaccination web sites. *JAMA*, 2002, **26**, 3245-3248.
16. Torny D.— Se mobiliser pour ou contre les vaccins. *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, **71**, 41-42.
17. Soriano-Gabarró M, Mrukowicz J, Vesikari T, Verstraeten T.— Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J*, 2006, **25**, S7-S11.
18. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, et al.— eHealth trends in Europe 2005-2007 : a population-based survey. *J Med Internet Res*, 2008, **10**, e42.
19. Kata A.— A postmodern Pandora's box : anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 2010, **17**, 1709-1716.
20. Betsch C.— Innovations in communication: the Internet and the psychology of vaccination decisions. *Euro Surveill*, 2011, **28**, 19849.
21. Baudier F, Léon C.— Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention. Baromètre santé 2005. Saint-Denis-la-Plaine, INPES, 2005, 279-296.
22. Provac - ULB - Robert E, Swennen B.— Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté), 2009 - http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/vacc/2009_CVac_nourrissons.pdf - Consultation du 13 septembre 2012.
23. Guay M.— Des trucs pour s'assurer que nos patients sont bien vaccinés ! *Le Médecin du Québec*, 2004, **39**, 55-62.
24. Nicolay N, Lévy-Bruhl D, Fonteneau L, et al.— Enquête Nicolle 2006. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis-la-Plaine: INPES, 2006, 87-101.
25. Siegrist A-C. Les maladies infectieuses graves ont disparu, reste la crainte des vaccins [Internet]. Carnets de santé, 2011 - <http://www.carnetsdesante.fr/Siegrist-Claire-Anne> - Consultation du 19 juillet 2012.
26. Opstelten W, van Essen GA, Ballieux MJP, Goudswaard AN.— Influenza immunization of Dutch general practitioners : vaccination rate and attitudes towards vaccination. *Vaccine*, 2008, **5**, 5918-5921.
27. Baudier F, Balinska MA.— La vaccination. Un geste à consolider ? Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis-la-Plaine. *INPES*, 2003, 84-99.
28. Torny D.— De la foi vaccinale à la mise en discussion de la vaccination. Carnets de Santé, 2011 [cité 2012 sept 13] - <http://www.carnetsdesante.fr/Torny-Didier> - consultation du 13 septembre 2012.
29. Jestin C, Gautier A.— Perception de la vaccination par les médecins généralistes. *Actualité et dossier en santé publique*, 2010, **71**, 31-34.
30. Prochaska JO, Velicer WF.— The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, 1997, **12**, 38-48.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr D. Giet, Département de Médecine générale, 3, avenue de l'Hôpital, CHU B23, 4000 Liège, Belgique
Email : d.giet@ulg.ac.be