



**HAL**  
open science

## Libertés individuelles et santé collective

Anne Bertrand, Didier Torny

► **To cite this version:**

Anne Bertrand, Didier Torny. Libertés individuelles et santé collective: Une étude socio-historique de l'obligation vaccinale. 2004. halshs-00397364

**HAL Id: halshs-00397364**

**<https://shs.hal.science/halshs-00397364>**

Preprint submitted on 22 Jun 2009

**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.



CENTRE DE RECHERCHE  
MÉDECINE, SCIENCES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ

CNRS UMR 8559 – INSERM U502 – EHES

Campus CNRS, 7 rue Guy Môquet

94801 Villejuif Cedex – France

# **LIBERTÉS INDIVIDUELLES ET SANTÉ COLLECTIVE**

## **UNE ÉTUDE SOCIO-HISTORIQUE DE L'OBLIGATION VACCINALE**

### **RAPPORT FINAL**

ANNE BERTRAND, DIDIER TORNY



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	
<b>REPÈRES SOCIO-HISTORIQUES SUR L'OBLIGATION VACCINALE</b>	<b>5</b>
1. <i>Une bataille de cent ans : l'obligation vaccinale antivariolique en Angleterre</i>	7
1.1. Imposer l'obligation vaccinale : l'intervention de l'État comme pilier de la santé publique	7
1.2. Lutter contre l'obligation : les premières ligues et leurs arguments	9
1.3. Sortir de l'obligation : la solution de la clause de conscience	11
1.4. Une matrice pour les conflits autour de l'obligation vaccinale	14
2. <i>Histoire des obligations vaccinales en France</i>	19
2.1. La vaccination anti-variolique : une obligation tardive et peu appliquée	19
2.1.1. L'obligation vaccinale dans la loi de 1902	19
2.1.2. Une obligation sans effet ?	21
2.2. La montée en puissance de l'obligation vaccinale	24
2.2.1. Une nouvelle obligation en débat : le BCG	24
2.2.2. Se mobiliser contre l'obligation, comprendre la résistance à la vaccination	28
2.2.3. Une piqûre de rappel : l'obligation de vaccination contre la poliomyélite	32
2.3. Sortir de l'obligation : une démarche risquée pour le schéma vaccinal français	35
2.3.1. Un succès foudroyant : le vaccin contre la grippe	35
2.3.2. Danger contre danger : faut-il maintenir la vaccination antivariolique ?	37
2.3.3. Le maintien de l'obligation : vers une critique générale de la vaccination ?	40
<b>DEUXIÈME PARTIE</b>	
<b>L'OBLIGATION VACCINALE DANS LA FRANCE CONTEMPORAINE</b>	<b>45</b>
3. <i>Les débats contemporains : de l'obligation à la dangerosité</i>	47
3.1. Oubli et résurgence de la question de l'obligation vaccinale	47
3.1.1. Une normalisation de la vaccination	47
3.1.2. Une obligation tenace : attentes sur la fin du BCG	49
3.2. Des vaccins toujours suspects	53
3.2.1. De l'importance des mobilisations autour des vaccins	53
3.2.2. Un cadrage strictement sanitaire : les accidents vaccinaux comme point focal	57
4. <i>Analyse du mouvement anti-vaccinal</i>	61
4.1. Des moyens d'action les plus privés aux plus publics	61
4.1.1. Actes et ruses : petit guide anti-vaccinal à l'usage du citoyen conscient	61
4.1.2. Travail sur les contradictions réglementaires	68
4.1.3. Actions à destination des responsables politiques	69
Conclusion : l'information c'est la liberté	71

4.2. Que reproche-t-on aux vaccins ? _____	73
4.2.1. Inefficacité _____	73
4.2.2. Invalidité théorique _____	75
4.2.3. Dangereusité _____	76
4.2.4. Contrainte _____	78
4.3. Faut-il des preuves ? L'impossibilité d'un débat _____	80
4.3.1. Permanence ou déplacement ? _____	80
4.3.2. Un modèle de dissidence _____	81
4.3.3. Le passage à la limite : secte contre secte _____	82
<b>CONCLUSIONS</b> _____	<b>85</b>
<i>L'obligation vaccinale à l'ère de la démocratie sanitaire</i> _____	85
L'information au risque de la polémique _____	86
Un modèle libéral inachevé _____	87
<i>Ce qui changerait en cas d'abrogation des obligations vaccinales : hypothèses</i> _____	89
Le devenir des associations : disparition ou renforcement ? _____	89
Le devenir du système d'indemnisation des accidents vaccinaux : banalisation ou disparition ? _____	89
La couverture vaccinale : normalisation ou abandon ? _____	91
<b>ANNEXES</b> _____	<b>93</b>
1. <i>Grille pour les entretiens auprès de responsables d'associations de lutte contre l'obligation vaccinale</i> _____	93
2. <i>Tableau des obligations vaccinales en population générale</i> _____	94
3. <i>Comment décontaminer un corps vacciné</i> _____	95
4. <i>Un certificat médical de contre-indication militant</i> _____	97
5. <i>Fiche de recueil des effets secondaires des vaccinations (ALIS)</i> _____	98
6. <i>Le DTP n'est plus obligatoire (LNPLV)</i> _____	100
7. <i>Comparaison internationale des programmes d'indemnisation des accidents vaccinaux existant en 1999</i> _____	102
<b>BIBLIOGRAPHIE CITÉE</b> _____	<b>103</b>

# INTRODUCTION

La politique vaccinale française semble être une survivance de temps anciens si l'on considère d'une part les politiques vaccinales d'autres pays au profil épidémiologique similaire : seule l'Italie maintient des obligations vaccinales comparables à la France<sup>1</sup> alors que nombre d'autres pays n'ont plus aucune obligation. D'autre part, le statut des vaccins en France marque la désuétude de l'obligation : depuis 1968 et la vaccination contre la grippe, les nouvelles introductions de vaccins sont assorties, au plus, de fortes recommandations. L'obligation vaccinale en population générale n'a donc plus été promulguée depuis la loi sur la vaccination antipoliomyélitique en 1964, même si elle a pu être promulguée dans le cadre de certaines activités professionnelles.

Comme nous le verrons, les acteurs de la lutte contre l'obligation vaccinale font de cette particularité l'un de leurs angles d'attaque de l'obligation. Mais, plus généralement et plus précisément, comment s'inscrivent les actions des militants de la « liberté vaccinale » dans ce cadre ? Quelles sont les évolutions possibles du « paysage vaccinal » français ? C'est ce que la présente étude s'est donné pour objet de comprendre en analysant les discours des défenseurs et des opposants de l'obligation vaccinale et en replaçant ces discours et les évolutions réglementaires récentes dans une perspective géographique et temporelle plus large. En effet, un regard sur une période plus longue permet tout à la fois de comprendre les éléments permanents des débats sur l'obligation vaccinale et l'apparition de nouveaux arguments spécifiques à la période contemporaine et plus particulièrement à la France.

Ainsi, **la première partie** de notre rapport, déjà partiellement présentée au commanditaire à l'occasion d'un rapport intermédiaire, dresse un bilan des différentes abrogations des obligations vaccinales qui ont existé dans le monde occidental depuis l'invention de la méthode Jennérienne à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>. Il s'agit principalement de l'obligation antivariolique qui s'est imposée dans de nombreux pays au cours du XIX<sup>e</sup> siècle et, pour certains, au début du XX<sup>e</sup> siècle, avant de refluer, d'abord en Angleterre à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sur le modèle de la clause de conscience, puis dans la plupart des autres pays dans les années 1970.

Pour cette partie historique, nous avons pensé privilégier l'examen des sources secondaires, c'est-à-dire les ouvrages et articles d'histoire de la médecine et de la santé publique, ainsi que les quelques travaux socio-anthropologiques sur la question. Toutefois, il est très vite apparu que cette littérature était extrêmement limitée, tant en anglais qu'en français (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine, Sociological Abstracts, Historical Abstracts, JSTOR, ScienceDirect). De plus, elle n'évoquait généralement que le seul cas de la variole, parce que les historiens privilégient cette période historique et, également, parce que c'est autour de ce vaccin qu'ont eu lieu les conflits les plus vifs à propos de l'obligation vaccinale. Or, dans le cas français, la plupart des obligations ne concernent pas la variole et ont été décidées à une époque postérieure. Cela nous a amenés à recueillir des matériaux primaires pour compléter l'histoire des vaccinations obligatoires en France sur la période 1940-1985 : revue de presse générale (Bibliothèque de Sciences-Po, Bibliothèque Nationale de France, Bibliothèque Publique d'Information du Centre Pompidou) et documents

---

<sup>1</sup> Le BCG n'y est pas obligatoire, mais le vaccin contre l'hépatite B l'est depuis 1991. De plus, l'Italie comme la France n'a pratiqué aucune abrogation d'obligation, à l'exception de la variole.

<sup>2</sup> Pour une chronologie des obligations vaccinales sur le plan international, voir l'annexe 2, page 94.

parlementaires. Certaines sources primaires anglophones ont également été collectées à la British Library<sup>3</sup>.

**La deuxième partie** du rapport propose une analyse des représentations et des arguments des groupes qui, en France, prônent l'arrêt de l'obligation ou de la recommandation vaccinale, et des alternatives qu'ils proposent. Ces groupes jouent un rôle de structuration des controverses et polémiques en produisant des séries argumentaires fortement constituées, qui sont ensuite largement reprises par toute personne (journaliste, parlementaire, professionnel de santé) prenant part à un débat sur l'obligation vaccinale.

Nous nous sommes ici appuyés sur les rares travaux sociologiques existants, et surtout sur le rassemblement et l'analyse d'un corpus de textes issus de nombreuses sources primaires. Nous avons construit ce corpus autour d'un matériel hétérogène présent à la Direction Générale de la Santé : courriers, comptes rendus de réunions, littérature anti-vaccinale. Nous y avons ajouté une série d'ouvrages constamment cités par les mouvements anti-vaccinaux, une sélection des revues de ces associations, ainsi que des textes collectés sur différents sites et forums Internet.

L'analyse de cet ensemble textuel nous a permis d'établir une grille d'entretien<sup>4</sup> pour compléter cette enquête et aborder avec les responsables des principales associations françaises de lutte contre la vaccination obligatoire de leurs actions et attentes par rapport à la cessation de l'obligation vaccinale.

**Les conclusions** auxquelles nous parvenons mettent en évidence la place du cadrage politique et sanitaire contemporain dans les débats actuels sur la question de l'obligation vaccinale et montrent l'impossibilité de son intégration dans un cadre de démocratie sanitaire dominant. Enfin, nous avancerons quelques hypothèses sur le devenir du « monde de la vaccination et de l'anti-vaccination » en cas d'abrogation de l'obligation vaccinale en France.

---

<sup>3</sup> Nos sources primaires sont renseignées dans les notes en bas de pages, tandis que les sources secondaires et ouvrages de référence font l'objet d'une bibliographie en fin de document.

<sup>4</sup> Voir l'annexe 1, page 93.

**PREMIÈRE PARTIE**

**REPÈRES SOCIO-HISTORIQUES**

**SUR L'OBLIGATION VACCINALE**



## **1. Une bataille de cent ans : l'obligation vaccinale antivariolique en Angleterre**

La prise en charge de la variole par les autorités britanniques au XIX<sup>e</sup> siècle est particulièrement exemplaire de l'ensemble des possibilités s'offrant aux pouvoirs publics face à la vaccination.

La vaccination antivariolique va entrer progressivement dans un régime de médecine sociale, depuis son invention en 1798 jusqu'à son obligation en 1853. Ensuite, cette obligation et son application concrète vont entraîner de vastes oppositions.

Nous analyserons ci-dessous les arguments et dispositifs déployés par les critiques de la vaccination, ainsi que les réponses apportées par les vaccinateurs. Enfin, nous décrirons la libéralisation progressive du régime de vaccination, avec l'introduction d'une première clause de conscience en 1895, puis d'une seconde en 1907, avant sa libéralisation complète en 1948.

### ***1.1. Imposer l'obligation vaccinale : l'intervention de l'État comme pilier de la santé publique***

L'intervention gouvernementale dans la vaccination commença très tôt en Angleterre : sous l'influence des vaccinateurs privés, le Parlement décida en 1808 la construction d'un « Établissement national de la vaccine », dont le but était d'assurer une vaccination gratuite dans Londres et de distribuer de la lymphe aux autres vaccinateurs<sup>1</sup>. Cet établissement ne connut pas un succès foudroyant et la couverture vaccinale n'augmenta pas rapidement, en raison de l'impossibilité, pour nombre de personnes, d'assumer le coût de la vaccine.

Trente ans plus tard, lors d'une vague épidémique, une alerte est lancée par une association de professionnels de la santé afin que les plus pauvres puissent être protégés. Aussi, en 1840 un premier texte oblige-t-il les autorités locales à offrir une vaccination gratuite aux plus pauvres, sous le regard du « Poor Law Board ». Cette seconde tentative n'est guère plus réussie que la première, et l'idée de la vaccination obligatoire commence à naître à partir de 1850, bien après son apparition dans d'autres pays ou régions<sup>2</sup>.

C'est cette même année que naît l'*Epidemiological Society*, qui va jouer un rôle majeur dans l'instauration et l'application de l'obligation vaccinale. Dès 1853 elle souligne les carences du système de 1840 et milite pour l'instauration d'un système complet alliant une vaccination infantile obligatoire, des officiers locaux pour poursuivre les contrevenants et un service d'inspection national. Profitant d'un projet concurrent de vaccination obligatoire, la Société parvient à faire adopter, sans grands débats, son projet.

Mais la Loi trouve rapidement ses limites : si elle garantit une obligation théorique, elle est loin de l'assurer en pratique. La couverture vaccinale, qui augmente la première année d'application, chute ensuite pour se stabiliser aux environs de 68%.

« Les causes en sont connues. Les registres de vaccination étaient défectueux ; les autorités locales ne pouvaient poursuivre les contrevenants ; et le 'Poor Law Board', surchargé de

---

<sup>1</sup> On suit ici le récit fait par Lambert (1962).

<sup>2</sup> Outre la Suède, on peut citer différentes provinces allemandes où la vaccination obligatoire suivit de près l'invention de Jenner : Hesse et Bavière (1807), Waldeck-Pyrmont (1811), Bade (1815), Wurtemberg et Nassau (1818) et Hannovre (1820) (source : Huerkamp (1985)).

tâches, timide et sans équipe technique, n'assurait aucune surveillance vigilante et éclairée »<sup>3</sup>.

Il faut bien prendre note de ces facteurs, connus des hygiénistes britanniques en 1850 et qui, pourtant, ne furent pas pris en compte par les autorités françaises un demi-siècle plus tard.

Mais restons-en pour l'heure au cas britannique : le *Vaccination Act* de 1853 n'atteint pas ses objectifs et, de plus, il commence à soulever des mobilisations anti-vaccinales qui vont aller croissant (voir *infra*). Face à cette situation, l'*Epidemiological Society* tente de prendre le contrôle des dispositifs de vaccination en faisant jouer son expertise en santé publique. En 1858, elle promeut la création d'une école nationale chargée de la formation des vaccinateurs. En 1859 commence un processus de contrôle strict des centres de vaccination locaux. Mais c'est surtout avec le *Vaccination Act* de 1867 que l'obligation atteint un niveau inconnu jusqu'alors :

« L'administration chargée de l'enregistrement fut rationalisée et les officiers contrôleurs purent devenir salariés. La clause 31, une section-clé, autorisa les magistrats à infliger des amendes continues sur les contrevenants récidivistes – une ponction sauvage sans précédent dans la législation sanitaire »<sup>4</sup>.

La machine punitive peut donc s'étendre pour assurer l'obligation vaccinale. Pourtant, les résultats sont décevants. En dépit de cette nouvelle existence d'agents permanents de contrôle salariés, le gain en terme de couverture vaccinale n'est pas durable : si elle passe de 62% en 1866 à 68% en 1869, elle retombe à 60,7% en 1870.

Aux causes habituelles de difficulté d'application de la réglementation, s'ajoute la formation de la première Ligue anti-vaccination en 1866. Le processus législatif n'assure donc pas à lui seul la réussite de l'obligation, et les promoteurs de la vaccination le savent bien.

C'est une épidémie qui, gagnant l'Angleterre après avoir touché l'Europe continentale, va contribuer à compléter le système mis en place à partir de 1853. En 1871, elle suscite de la part des autorités un fort soutien à la vaccination, alors même que par sa dureté elle aurait pu entraîner le discrédit du système vaccinal :

« De même que l'Act de 1867 garantissait la qualité de la vaccination, celui de 1871 – le dernier pour 27 ans – assura son application quantitative. La contractualisation avec des contrôleurs salariés fut rendue obligatoire. Les administratifs devaient leur envoyer les listes mensuelles de naissances et de morts infantiles, et les vaccinateurs les certificats de vaccination ; en les comparant et en poursuivant les parents pris en défaut, l'officier pouvait assurer une application maximale de la loi »<sup>5</sup>.

Comme tout enquêteur, le contrôleur a besoin d'effectuer des rapprochements et des recoupements afin de pouvoir repérer les personnes qui échappent à la vaccination<sup>6</sup>. Ce qui manque un siècle plus tard aux communes françaises, et qu'on espère obtenir par l'informatisation<sup>7</sup>, est ici réalisé par le déploiement massif d'une bureaucratie statistique

---

<sup>3</sup> Lambert (1962), p. 4, notre traduction.

<sup>4</sup> Lambert (1962), p. 10, notre traduction.

<sup>5</sup> Lambert (1962), p. 12, notre traduction.

<sup>6</sup> Sur ce processus essentiel à la production de nouvelles preuves, voir Chateauraynaud (2003).

<sup>7</sup> Marengo & Govedarica (1982), pp. 151-169.

active dans de nombreux domaines<sup>8</sup>. Pour les promoteurs de la vaccination, le succès est presque total :

« Entre 1872 et 1883, plus de 95% des enfants nés furent correctement rapportés ; plus de 85% des enfants nés furent effectivement vaccinés – 59% d'entre eux furent vaccinés par les dispositifs publics avant l'âge d'un an et plus de 93% des enfants vivants furent vaccinés »<sup>9</sup>.

Par une centralisation des processus de décision et le développement local d'antennes responsables devant les structure nationales, l'obligation vaccinale réussit donc à être imposée à l'issue d'un long processus législatif incrémenté par l'action continue des experts<sup>10</sup>. Mais ce succès ne put être maintenu pendant longtemps : dès le début des années 1890, la couverture vaccinale chuta à 77%. De plus, le système comportait deux inconvénients majeurs : d'une part, il coûtait extrêmement cher à l'État qui assurait l'ensemble du financement de la couverture publique ; d'autre part, à mesure de son parachèvement, il souleva une opposition massive incarnée par les Ligues anti-vaccinales.

## ***1.2. Lutter contre l'obligation : les premières ligues et leurs arguments***

Face au déploiement de moyens par l'État pour assurer l'obligation vaccinale, est-il possible de s'y opposer ? On peut répondre de plusieurs façons à cette question. Il y a bien sûr la lutte collective qui va s'organiser au sein des Ligues anti-vaccinales, il y a aussi la possibilité du recours juridique au nom des libertés individuelles. Mais les formes de résistance sont beaucoup plus variées derrière leur versant le plus visible, le plus institutionnel, formant une véritable désobéissance civile<sup>11</sup>. Des moyens pratiques, des ruses à la portée de tout un chacun sont également employées pour échapper totalement ou partiellement à l'obligation vaccinale<sup>12</sup> :

« Les mères sucent la plaie vaccinale dès qu'elles quittent mon bureau.

De manière similaire, une mère enlèvera la lymphé avec un mouchoir.

Une personne que je connais a enlevé le virus par un cataplasme sur le chemin du retour.

Une personne m'a dit qu'elle a sauvé l'un de ses enfants de la vaccination parce que c'était un jumeau et que je ne m'en suis pas aperçu.

Un autre stratagème utilisé consiste à enregistrer les naissances sous un faux nom et une fausse adresse ! [...] Dans une rue près d'ici, on m'a dit qu'au moins cinq enfants ont ainsi réussi à échapper à la vaccination »<sup>13</sup>.

De ce point de vue, la grandeur et la réussite du système d'obligation vaccinale apparaît toute relative. Lorsque les auteurs de l'époque ou les commentateurs modernes évoquent « les mœurs » par opposition à la loi, c'est dans ce type de comportement que s'incarnent les premières. Il est évidemment beaucoup plus difficile de les attester en dehors du témoignage direct.

Le travail proprement politique fut assuré grâce aux actions conjointes d'une double population : d'une part, des réformateurs de la classe moyenne ; d'autre part, des ouvriers politiquement actifs. Très vite, les anti-vaccinalistes ont considéré le *Vaccination Act* de

---

<sup>8</sup> Sur ce phénomène, voir Desrosières (1993) ; Porter (1996).

<sup>9</sup> Lambert (1962), p. 13, notre traduction.

<sup>10</sup> Un phénomène proche se déroula à la même époque en Prusse : voir Hennock (1998).

<sup>11</sup> MacLeod (1967).

<sup>12</sup> Sur l'importance des ruses dans la vie quotidienne et leurs implications politiques, voir de Certeau (1990).

<sup>13</sup> Charles Fox, *The Question of Compulsory Vaccination*, London, E. W. Allen, 1890, p. 6, notre traduction.

1853 comme une « législation de classe » parce qu'elle visait implicitement les enfants des classes populaires<sup>14</sup> placés, comme on l'a vu, sous l'autorité du « Poor Law Board ». C'est seulement 13 ans plus tard, en 1866, que fut créée la « Anti-Compulsory Vaccination League », à l'initiative de Richard Butler Gibbs bientôt suivi par d'autres opposants à la vaccination obligatoire.

Conformément à leur mode de recrutement, les Ligues ne s'opposent pas à toute forme de santé publique, elles défendent plutôt des modèles hygiénistes concurrents de la vaccination<sup>15</sup>. Elles vont ainsi s'appuyer sur les dispositifs complémentaires à la vaccination, tel l'isolement obligatoire des sujets atteints et de leurs contacts, qu'elles vont promouvoir comme méthodes alternatives. C'est particulièrement le cas de l'organisation sanitaire adoptée par Leicester au moment du second *Vaccination Act*, qui connut une grande notoriété<sup>16</sup>.

« Je suis loin de dire que la vaccination est une illusion, mais l'expérience de Leicester durant ces trente dernières années est unique, et montre que la vaccination obligatoire n'est pas essentielle pour assurer le contrôle effectif de la variole, puisqu'en dépit d'une vaccination négligée, les autorités ont pu écraser avec succès de nombreuses épidémies de variole, les morts de la maladie ont été très peu nombreux, et les dépenses impliquées, comparées avec celles des villes bien vaccinées, ont été dérisoires »<sup>17</sup>.

Dès lors, il n'est pas étonnant que des manifestations de masse aient eu lieu dans la même ville en 1885 pour s'opposer à l'emprise de la vaccination, avec pour conséquence un aménagement local de la loi, n'imposant que la déclaration obligatoire des cas de variole<sup>18</sup>. La méthode de Leicester n'est qu'un des arguments apparaissant dans les nombreuses controverses épidémiologiques sur l'efficacité de la vaccination, dont les journaux donnaient régulièrement des exemples<sup>19</sup>. C'est ainsi qu'en 1877, Lewis Carroll publie plusieurs lettres en faveur de la vaccination, décrivant simplement les raisonnements mathématiques qui expliquent la présence de vaccinés parmi les victimes d'une épidémie de variole<sup>20</sup>.

À côté des débats sur l'efficacité vaccinale, les Ligues mettent en avant la dangerosité de la vaccination. Afin de la démontrer, elles collectionnent les récits et les cas, des médecins opposés à l'obligation jouant un rôle crucial dans ce processus. Ainsi, par exemple, le Dr Charles Fox opère ce travail de rassemblement qui n'est pas sans rappeler celui des contrôleurs du système de vaccination, les accidents vaccinaux remplaçant ici les listes de naissance et de vaccination et apparaissant sous cette forme :

« Cas VIII – George V.D., Enfant

Vacciné, âgé de quatre mois, malade depuis. A développé une diarrhée, pour laquelle on m'a appelé, est mort en deux semaines, 1884. J'ai indiqué comme cause de la mort : 'Vaccination, cinq mois. Diarrhée, deux semaines'.

---

<sup>14</sup> Durbach (2000).

<sup>15</sup> Porter & Porter (1988).

<sup>16</sup> Fraser (1980).

<sup>17</sup> Thomas Windley, Chairman of the sanitary committee for the Borough of Leicester, *Leicester and smallpox. Thirty years' experience*, The Midland Free Press, 1902, notre traduction.

<sup>18</sup> Charlton (1983).

<sup>19</sup> Beck (1960).

<sup>20</sup> Lewis Carroll, *Three letters on anti-vaccination (1877)*, Lewis Carroll society, 1976.

Cas XVIII – Fils R, Enfant

Vacciné (au Bureau Public), âgé d'environ trois mois ; 'bon' bras ; enfant semblant en très bonne santé ; sans problème jusqu'alors. Une semaine plus tard, des inflammations apparurent en plusieurs endroits. Quand je l'ai vu, âgé de neuf mois, il avait encore des poussées pustuleuses. Aucune maladie de peau signalée dans la famille »<sup>21</sup>.

Ce type de rassemblement est également opéré dans l'organe « officiel » des Liges, le *Vaccination Inquirer*. D'abord publiés individuellement, les cas reparaissent régulièrement sous la forme d'un tableau récapitulatif précisant l'identité des personnes décédées et leur lieu d'origine, ainsi que l'âge au moment de la vaccination et le délai au terme duquel les personnes sont décédées. Ainsi, dans le numéro de mai 1883, 305 décès sont rapportés, survenus entre 1855 et 1870 suite à l'administration d'un vaccin antivariolique<sup>22</sup>. Et les auteurs de préciser en note que :

« Toutes les victimes étaient en bonne santé avant la vaccination [...et qu'] on ne peut pas supposer que l'ensemble des cas connus sont inclus dans cette table. Par exemple, un ex-Ministre a perdu un enfant quatorze jours après la vaccination, de 'convulsions'. Les maladies induites aux enfants, non enregistrées ici, sont innombrables. L'ensemble des mentions sont fournies par des médecins ou par des verdicts de jurys ; nombre d'entre elles sont des certificats, dont certains gomment de manière évidente la vérité pour 'sauver la vaccination de la critique' »<sup>23</sup>.

Les accidents vaccinaux, attestés ou simplement rapportés, sont donc déjà une source de mobilisation anti-vaccinale. Mais la plus grande mobilisation provient sans doute de l'opposition même à l'idée d'obligation, dépeinte comme une privation de liberté d'autant plus insoutenable qu'elle provoque des morts : « Disease by law ». Dans l'un de ses ouvrages<sup>24</sup>, William Tebb, l'un des plus fameux militants anti-vaccinaux, décrit à plusieurs reprises la peur qui envahit les opposants à la vaccination se soumettant bien malgré eux à la violence de l'État. C'est parce qu'elle « heurte les consciences » que la loi est véritablement dommageable : elle empêche les citoyens d'exercer leurs libertés.

Ce ne sont pas les controverses épidémiologiques sur l'efficacité vaccinale ou les polémiques autour des accidents vaccinaux qui vont faire tomber le régime d'obligation vaccinale, mais plutôt le travail proprement politique de reconnaissance de la citoyenneté pleine et entière des vaccinés et la nécessité de prendre en compte leurs volontés contre l'obligation d'État. Cependant, cette sortie de l'obligation antivariolique, la première au monde, au nom de la « clause de conscience », est loin d'être simple.

### ***1.3. Sortir de l'obligation : la solution de la clause de conscience***

Après quarante-cinq années d'obligation vaccinale, le Parlement britannique adopte en 1898 un nouveau *Vaccination Act* qui introduit une clause de conscience permettant aux parents d'empêcher la vaccination ou la revaccination de leurs enfants en devenant des « objecteurs ». Avant de décrire les débats entraînés par cette clause de conscience, revenons rapidement sur l'usage de ce terme en matière vaccinale.

---

<sup>21</sup> Charles Fox, *The Question of Compulsory Vaccination, illustrated by... unpublished*, London, E. W. Allen, 1890.

<sup>22</sup> *Vaccination Inquirer*, Vol. 5, mai 1883. Une partie de ce tableau est reproduite sur le site WHALE : <http://www.whale.to/vaccines/smallpox2.html>.

<sup>23</sup> *Ibidem*, notre traduction.

<sup>24</sup> *Compulsory Vaccination in England: with incidental references to foreign countries*, E.W. Allen, London, 1884.

Pour qualifier les opposants à la vaccination, des termes se sont peu à peu imposés. Ainsi, dès 1854, les promoteurs de la vaccination notent que les parents qui ne veulent pas que leurs enfants soient vaccinés sont « consciencieux », c'est-à-dire qu'ils ne les considèrent pas comme de mauvais parents livrant leur progéniture aux dangers de la variole. Dès 1858, un récalcitrant à la vaccination utilise devant une Cour le terme d'« objection de conscience » pour plaider sa cause. Repris dans la littérature anti-vaccinale, le terme va s'imposer par sa facilité de mobilisation :

« En fait, ils suggèrent que quiconque possédant une conscience s'opposerait naturellement au système actuel de vaccination obligatoire. Dans une parodie de publicité pour les services d'un 'Chasseur de Bébé' – un officier de vaccination payé pour poursuivre les récalcitrants – un anti-vaccinaliste déclarait : 'Nulle personne ayant une conscience ne peut postuler' »<sup>25</sup>.

Mais si l'expression se répand facilement, reste à en délimiter le contenu. L'objection de conscience s'applique d'abord dans un contexte religieux, comme le manifestent différents textes de loi anciens (*Tolerance Act*, 1689) ou contemporains (*Oaths Act*, 1888). Cependant, la littérature « anti-vaccinaliste » utilise le terme dans un contexte clairement séculaire, proposant un cadre éthique de définition. C'est ainsi que certains portraits de l'objecteur de conscience furent proposés :

« [C'est un] parent résidant en Angleterre qui, en raison de certaines expériences qui lui sont propres, en observant ce qui s'est passé dans d'autres familles, en étudiant les analyses poussées de scientifiques doués, et par une enquête personnelle sur la véritable nature de la vaccine, est devenu si fermement convaincu de la futilité, du caractère repoussant et des dangers de l'opération vaccinale qu'il ne peut, en tant que parent dévoué et sensé, consciemment consentir à soumettre ses enfants bien-aimés, dont il est le protecteur naturel, à un tel rite »<sup>26</sup>.

Même si elles dépeignent ainsi des « honnêtes citoyens », les ligues anti-vaccinales n'ont pas particulièrement soutenu les projets de clause de conscience, considérées très tôt comme une forme de « non-lieu » accordée aux récalcitrants et les traitant dès lors comme des citoyens de seconde zone. En considérant que la vaccination était une question de conscience, elles ne soutenaient pas un processus exceptif mais un processus totalement volontaire.

La clause de conscience est une réponse apportée par les autorités au mouvement anti-vaccinal dans une période où la pression de l'épidémie a déjà fortement diminué. Élaborée par la *Royal Commission on Vaccination* en 1896, une première version envisageait que les parents « consciencieux » passent devant un magistrat qui puisse s'assurer du caractère « honnête » de leur démarche. Lorsque le projet parvint à la Chambre des Communes, les termes envisagés varièrent, pour tenter de qualifier ce parent qu'il s'agirait de juger et de cadrer l'interprétation de la future loi.

Les parlementaires anticipaient les difficultés d'interprétation qui allaient se faire jour aussitôt le texte adopté. En effet, la clause de conscience, loin de constituer une « armistice » dans la guerre vaccinale, relance les polémiques et pose de nouveaux problèmes<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Durbach (2002), p. 63, notre traduction.

<sup>26</sup> W.J. Furnival, *The Conscientious Objector : Who He is ! What He Has ! What He Wants ! And Why !*, Stone, 1902 cité par Durbach (2002), p. 66, notre traduction.

<sup>27</sup> Sur les possibilités de rebond des affaires et polémiques voir Chateauraynaud (2003).

Comment satisfaire un magistrat pour qu'il accorde un certificat d'exemption ? La question devint très vite brûlante, les candidats au certificat étant nombreux. La loi laissait certains magistrats désarmés, regrettant de ne pas posséder des « rayons Roentgen »<sup>28</sup> pour sonder les consciences. La variabilité des jugements s'afficha rapidement au grand jour, certains magistrats étant réputés « laxistes » et d'autres particulièrement difficiles à convaincre, la mort d'un enfant du fait de la vaccination n'étant pas nécessairement suffisante à leurs yeux pour justifier la non vaccination de sa fratrie. Certains magistrats affirmèrent avoir une « objection de conscience » à délivrer des certificats.

Pourquoi une telle résistance ? En raison du jugement que portent les magistrats sur les principaux demandeurs de certificats : les ouvriers. En leur déniaient la faculté de réflexion indispensable à la « conscience », ils soulèvent l'indignation de certains commentateurs :

« Je ne suis pas un anti-vaccinaliste, c'est-à-dire que je crois que la vaccination permet généralement une protection assez longue pour permettre à quelqu'un de résister à une vague épidémique ; mais j'ai été plus près de devenir un anti-vaccinateur que je ne l'ai jamais été quand j'ai vu que la cause de la vaccination semblait demander à des magistrats [...] d'insulter et de tenter de faire douter les pauvres et les ignorants qui apparaissent devant eux pour réclamer l'exemption. [...] Un ouvrier qui demandait un certificat d'exemption de vaccination pour ses enfants était maltraité par les magistrats, tourné en ridicule, et finalement renvoyé sans son certificat »<sup>29</sup>.

Après avoir décrit cette scène, l'auteur souligne qu'un avocat, bien plus habile orateur, obtint rapidement son certificat. Ce type de jugement de classe était courant, et étayé par des représentations partagées parmi les notables britanniques. Face à ce phénomène, les ligues anti-vaccinales ne demeurèrent pas inactives et conduisirent différentes formes d'action, allant du lobbying parlementaire à la promotion de magistrats favorables à leur cause.

« À Oldham, un lieu conséquent d'agitation anti-vaccinale, le maire et un magistrat s'entendirent pour recevoir les demandeurs chaque soir à partir de 18 heures, et chaque samedi à partir de 15 heures, pour tenir compte des horaires de travail des ouvriers. Nuit après nuit, de grandes foules de gens convergeaient vers la mairie pour demander des certificats d'exemption. À la mi-décembre 1998, on disait que les magistrats de Oldham avaient délivré entre 34000 et 40000 certificats »<sup>30</sup>.

Par des actions de ce type, et la diffusion de tracts demandant à leurs sympathisants de coller à la lettre du texte de la Loi, les ligues anti-vaccinales tentent de contourner la résistance des magistrats. En étant en justice, elles tentent également de faire changer l'application de la clause. Au profit d'un changement de majorité parlementaire, ces demandes furent entendues et un nouveau texte plus « libéral » fut publié en 1905. Il stipulait simplement qu'un parent pouvait obtenir le certificat en indiquant que la vaccination serait « préjudiciable à la santé de l'enfant » sans qu'aucune question supplémentaire lui soit posée.

On aurait pu penser que ce texte apaiserait les conflits sur les certificats. Mais, une fois encore, la résolution théorique et législative se voit confrontée à des difficultés d'application. La focalisation des acteurs ne se fait plus sur la « conscience » plus ou moins aiguës des parents, mais sur le terme « parent » lui-même. S'agit-il obligatoirement du

---

<sup>28</sup> Roentgen est le découvreur/inventeur des rayons X.

<sup>29</sup> Garrett Fawcett Millicent, *The Vaccination Act of 1898. Reasons why Parliament was right to relax the compulsory clauses of previous vaccination acts*, London, Women's Printing Society, 1902, p. 24, notre traduction.

<sup>30</sup> Durbach (2002), p. 75, notre traduction.

père, ou bien faut-il y inclure la mère de l'enfant ? Bien évidemment, les ligues anti-vaccinales soutiennent le fait que la mère est sans aucun doute un « parent », alors que les conservateurs, forts soutiens des vaccinalistes, lui dénie ce rôle. Certains se moquent de cette position qui défie le sens commun :

« It seems to ordinary wits  
A mother to her son  
Is bound to be a parent. It's  
Apparent she is none »<sup>31</sup>.

Or, en raison des décalages habituels entre horaires de travail des ouvriers et période d'ouverture des Cours, ce sont le plus souvent les mères qui demandent des certificats avant l'amendement de la règle, affirmaient les ligues anti-vaccinales. Ce qui provoqua de nouveaux débats au Parlement et dans la presse avant qu'un texte de 1907 confirme la possibilité pour « chaque parent » d'obtenir le certificat, mettant fin de manière définitive à l'obligation vaccinale antivariolique en Grande-Bretagne.

#### **1.4. Une matrice pour les conflits autour de l'obligation vaccinale**

Au terme de cette courte description, l'exemple britannique de l'obligation vaccinale antivariolique nous donne à voir une dynamique qui reflète les processus observés dans de nombreux autres pays.

On constate tout d'abord que les mécanismes législatifs sont insuffisants pour assurer à eux seuls la couverture vaccinale attendue. L'organisation de services locaux et le contrôle par une organisation centrale sont essentiels à l'application des objectifs de la loi d'obligation. De plus, ce type d'organisation fait face à des mesures locales concurrentes, fondées sur des principes de surveillance et d'isolement des malades de la variole. Pour parer à ces problèmes, certains pays ont associé l'obligation vaccinale à certains rituels sociaux ou religieux. Par exemple, au Danemark, il fallait présenter un certificat de vaccination pour la « confirmation » chrétienne et pour le mariage. D'autres pays, comme la Suède ou les États-Unis, choisirent de faire payer une amende aux parents d'enfants non vaccinés.

Ensuite, on note que la mobilisation anti-vaccinale est issue de l'obligation elle-même, et surtout de la volonté d'application concrète de la loi. En dehors de stratagèmes visant à échapper au contrôle de la loi, l'opposition organisée sous forme de Ligues soutient au moins trois arguments distincts portant sur l'efficacité vaccinale, les accidents vaccinaux et les libertés publiques. En Allemagne, le mouvement se développa avec ces mêmes thématiques à partir de la loi de 1874, qui renforça les dispositions obligatoires d'interprétation auparavant plus souple<sup>32</sup>.

En Suède, où la vaccination obligatoire fut adoptée en 1816, il fallut attendre la fin des années 1850 pour que les premiers mouvements anti-vaccinaux se développent, sous l'influence britannique. Pendant un demi-siècle, de nombreuses demandes de levée de l'obligation furent transmises au Parlement.

« Elles soutenaient que l'État n'avait pas le privilège de pouvoir forcer les mères à inoculer dans le corps de leurs enfants une substance qu'elles croyaient plus dangereuse qu'utile. Les mêmes arguments furent utilisés dans les Chambres en 1859-1860 et 1862-1863, et on

---

<sup>31</sup> Punch, cité dans le *Vaccination Inquirer*, 1er août 1901, p. 85 (« Il semble aux esprits ordinaires qu'une mère est liée à son fils par la parenté. Mais il est évident que ce n'est pas du tout le cas »).

<sup>32</sup> Huerkamp (1985).

ajouta que d'autres maladies pouvaient être transmises par la vaccination et que l'obligation allait à l'encontre de la liberté individuelle. 'Pour d'autres maladies, même quand la mort est à leur porte, les personnes ont le choix d'accepter ou de rejeter les traitements qui leur sont donnés', argumentaient les critiques. Ils affirmaient aussi que la vaccination pouvait être la cause de l'augmentation de plusieurs autres maladies en Suède et constituait l'explication de la détérioration du statut physique des conscrits suédois sur les vingt à trente dernières années »<sup>33</sup>.

Les arguments sont donc ici similaires à ceux développés en Angleterre, sans que le mouvement n'atteigne la même portée sociale. Il semble que la recrudescence épidémique de 1874 à Stockholm ait joué un rôle crucial dans la promotion de la vaccination et dans la mise en œuvre de mesures complémentaires de repérage et d'isolement des cas<sup>34</sup>. Aussi, les pétitions se succédèrent (1898, 1903, 1908, 1910, 1912, 1915) sans résultat alors même que la Suède ne connaissait déjà plus de cas de variole, et il fallut attendre 1976 pour que l'obligation soit entièrement levée.

Enfin, concernant la sortie de l'obligation vaccinale, le choix de la clause de conscience est un compromis initié par des autorités décidées à conserver l'obligation vaccinale, et non par les opposants à la vaccination qui souhaitent un régime purement volontaire. Il est difficile à mettre en œuvre et soulève de nouveaux problèmes sur ses limites.

Le cas des États-Unis est ici exemplaire. En 1879, après la visite à New-York de William Tebb, fut fondée l'Anti-Vaccination Society of America, suivie en 1882 par la New England Anti-Compulsory Vaccination League et en 1885 par l'Anti-Vaccination League de New-York City. Par des actions similaires à celles de leurs précurseurs britanniques (production de pamphlets, batailles juridiques, mobilisation des élus), ces ligues empêchent l'adoption de nombreux projets de lois visant à rendre la vaccination obligatoire<sup>35</sup>. En 1905, onze États imposent la vaccination, trente-quatre n'ont aucune vaccination obligatoire.

C'est à ce moment qu'une décision de la Cour Suprême des États-Unis renforce la légalité de la vaccination obligatoire. Le pasteur Jacobson, vacciné dans son enfance et ayant souffert à cette occasion d'effets secondaires, avait refusé de se soumettre à la vaccination obligatoire lors d'une épidémie au Massachusetts, État fortement pro-vaccinal sous l'influence de Benjamin Waterhouse, introducteur de la méthode jennérienne aux États-Unis<sup>36</sup>. Il avait également refusé de payer l'amende de cinq dollars, se fondant sur le quatorzième amendement de la Constitution américaine. Voici un extrait de la décision qui fut prise à son encontre par la Cour Suprême :

« Étant donné que la vaccination comme moyen de protection d'une communauté contre la variole est fortement validée par l'expérience de notre pays et d'autres, aucune Cour, et encore moins un jury, n'est justifié à ne pas considérer la volonté du législateur, simplement parce que – c'est leur opinion – cette méthode particulière n'était peut-être pas la meilleure pour les enfants ou les adultes. [...] Il semble à la Cour qu'une réponse positive [au demandeur] enlèverait pratiquement au pouvoir législatif sa fonction de subvenir à la santé et à la sécurité publiques lorsqu'elles sont mises en danger par des épidémies. Une telle réponse signifierait que la vaccination obligatoire ne pourrait pas, en aucun cas, être légalement imposée dans une communauté. [...] Nous ne sommes pas prêts à considérer

---

<sup>33</sup> Sköld (1997), p. 78, notre traduction.

<sup>34</sup> Nelson & Rogers (1992)

<sup>35</sup> Kaufman (1967).

<sup>36</sup> Le Massachusetts fut le premier État à adopter une vaccination obligatoire dans les écoles publiques en 1855, et le premier à autoriser les maires à pratiquer une vaccination obligatoire pour l'ensemble de la population de leurs communes en cas d'épidémie, en 1894.

qu'une minorité demeurant dans une ville où la variole prévaut, et bénéficiant de la protection générale assurée par un gouvernement local, puisse ainsi défier la volonté des autorités constituées, agissant pour le bien de tous »<sup>37</sup>.

La vaccination obligatoire fut ainsi déclarée constitutionnelle mais, dans le contexte américain, était déjà pourvue de systèmes exceptifs. C'est parce que Jacobson n'avait pu obtenir un certificat médical d'exemption qu'il avait invoqué ses libertés individuelles, le raisonnement sur base statistique (des effets indésirables fréquents, des dommages occasionnels) n'étant pas suffisant. Contrairement à la clause de conscience britannique, qui engageait simplement la croyance de l'individu à vacciner ou de son parent, aux États-Unis il fallait à cette époque s'en remettre au jugement médical pour échapper à l'obligation.

Dans l'État du Massachusetts, les clauses de conscience apparaissent en 1938 :

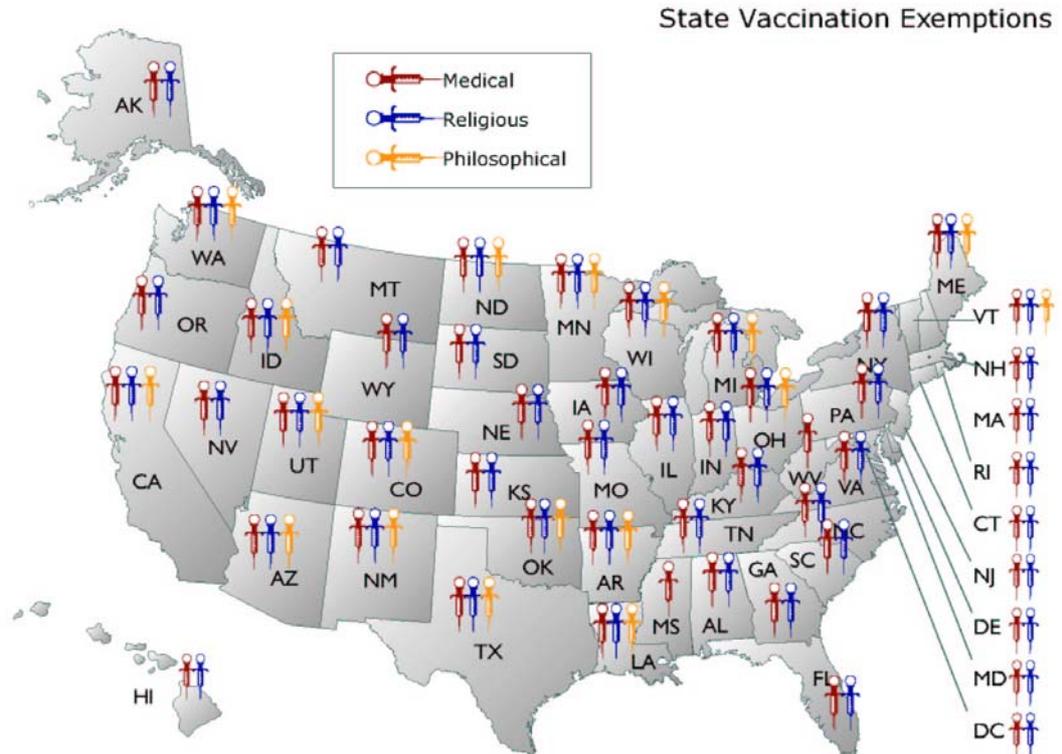
« En l'absence d'une urgence médicale déclarée, les parents qui objectent à la vaccination de leurs enfants sur des bases religieuses peuvent soumettre un affidavit signé par un officier du culte indiquant que le parent était un adhérent ou un membre de la communauté religieuse concernée »<sup>38</sup>.

Elles sont encore assouplies dans cet État en 1971, puisqu'il suffit alors d'un certificat parental attestant de convictions religieuses profondes. Bien que les chronologies varient d'un État à l'autre, on retrouve le même type de structure dans l'ensemble des États-Unis. Aujourd'hui, chaque État prévoit des exemptions médicales pour ses vaccinations obligatoires en population générale ou professionnelle, à quoi s'ajoutent des exemptions religieuses dans quarante-sept États. Il existe également, dans dix-huit États, une troisième forme d'exemption, dénommée « philosophique ». Elle repose sur les « croyances personnelles, philosophiques ou morales ».

---

<sup>37</sup> « Jacobson v. Massachusetts », Cour Suprême des États-Unis, 197-US-11, 1905.

<sup>38</sup> Pinto (2001), p. 21, notre traduction.



National Vaccine Information Center : <http://www.909shot.com/state-site/state-exemptions.htm>

Il ne faut pas considérer ces clauses comme définitives : les combats autour des exceptions se sont multipliés dans les années 1990, en particulier autour des vaccinations contre l'Hépatite B. En l'absence de mouvements anti-vaccinaux, des législations visant à supprimer l'exception sont adoptées, alors qu'elles sont rejetées là où ces mouvements sont actifs<sup>39</sup>. Aussi la militance anti-vaccinale se nourrit-elle d'une veille législative continue, d'autant plus importante que les législations dépendent des États voire des municipalités<sup>40</sup>.

Tout comme dans le cas britannique, la situation américaine souligne les difficultés et les conflits liés à la situation d'une semi-obligation. Les clauses de conscience, si elles ne s'entendent pas dans un sens extrêmement général – est vacciné celui qui veut –, revêtent les tensions propres à l'obligation vaccinale. Les mouvements anti-vaccinaux ne cessent de se nourrir de ce cadre en comparant les législations, en invoquant les libertés individuelles bafouées, et en fournissant à leurs lecteurs tous les moyens pour échapper à l'obligation vaccinale.

<sup>39</sup> Severyn (1999).

<sup>40</sup> À titre d'exemple, voir les mises à jour régulières sur [www.vaccinationnews.com](http://www.vaccinationnews.com).



## 2. Histoire des obligations vaccinales en France

Le traitement français de la vaccination variolique contraste particulièrement avec l'exemple britannique. Outre le décalage temporel important puisqu'il faut attendre 1902 pour que la vaccination variolique devienne obligatoire, c'est l'application même de la vaccination qui diffère, soulevant bien moins d'opposition qu'Outre-Manche. Il faut en effet attendre l'apparition d'autres obligations, absentes du régime britannique, pour que la mobilisation anti-vaccinale prenne réellement forme en France à la fin des années 1940. On décrira comment ces mouvements s'appuient sur les registres déjà développés un siècle plus tôt mais introduisent également la comparaison internationale comme critère de validation de leurs revendications. Enfin, la libéralisation de l'obligation vaccinale antivariolique est beaucoup plus tardive, puisqu'elle survient après la déclaration d'éradication de l'OMS, la fin de l'obligation signifiant la fin de la vaccination, entraînant des débats sur l'ensemble des vaccinations obligatoires.

### 2.1. La vaccination anti-variolique : une obligation tardive et peu appliquée

Malgré l'existence de nombreux projets de loi, l'obligation antivariolique ne voit le jour qu'en 1902. Ce décalage avec la Suède (1816), l'Angleterre (1853) et l'Allemagne (1874) a plusieurs conséquences. Tout d'abord, le mouvement anti-vaccinal est quasiment inexistant en France à cette époque à l'exception d'une « poignée de gens du monde » rassemblés dans le *Réveil Médical* (1881-1886), loin des grandes manifestations allemandes ou anglaises. C'est donc moins l'opposition que l'indifférence que doivent combattre les promoteurs de la vaccination : « Inébranlablement pacifique, l'opinion dans un état incertain n'est ni à la vaccine, ni à ses détracteurs »<sup>1</sup>. Ensuite, parce que cette obligation survient bien après les grandes bouffées épidémiques de variole, elle prendra un sens très différent, largement détaché de l'urgence sanitaire dans laquelle elle avait été décidée dans d'autres pays. Enfin, elle s'inscrit dans un projet beaucoup plus général de santé publique et en subira une absence de visibilité.

#### 2.1.1. L'obligation vaccinale dans la loi de 1902

Les projets d'obligation vaccinale suivent de près la diffusion de la technique jennérienne en France et, même si l'Empire a été soupçonné par les hygiénistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle de s'opposer à la vaccination<sup>2</sup>, on trouve des traces de réglementation allant dans ce sens dès le début de ce siècle :

« Un règlement de l'Enseignement Secondaire du 19 septembre 1809 précise dans son article 107 que 'tout élève doit être vacciné avant d'être admis dans le pensionnat... le proviseur enverrait à l'infirmerie, à cet effet, l'élève qui n'aurait pas été vacciné' »<sup>3</sup>.

Divers projets législatifs se succèdent au cours du XIX<sup>e</sup> siècle alors que d'autres nations ont déjà adopté l'obligation comme mode réglementaire de la vaccination : en 1843, le Dr Girault soumet au Ministère de l'Agriculture un tel projet ; quinze ans plus tard, le Dr Montels en dépose un autre au Sénat. Mais il faut attendre les années 1870 pour que ces projets dépassent le stade des intentions, et les premières obligations vaccinales adoptées sont des obligations professionnelles.

---

<sup>1</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 385.

<sup>2</sup> Murard & Zylberman (1996).

<sup>3</sup> Marenco & Govedarica (1982), p. 51.

Ainsi, les nourrices sont astreintes à la vaccination contre la variole en 1874 et les soldats en 1876. Et lorsqu'en 1880, le Dr Liouville, fortement soutenu par l'ensemble des sociétés d'hygiène et s'appuyant sur l'expérience de la guerre de 1870<sup>4</sup>, dépose à la Chambre des Députés un nouveau projet de loi pour l'ensemble de la population, ce projet entame avec succès son parcours législatif et semble promis à une rapide mise en œuvre :

« La Commission souligne 'qu'il suffira, pour obtenir la revaccination partout, de mettre le vaccin à la portée du public, de mettre le vaccin à la portée du public par la création d'instituts vaccinaux, demandée par l'auteur de la proposition de la loi, et par une réorganisation profonde du service actuel des vaccinations' »<sup>5</sup>.

Mais après un premier vote favorable, le projet ne reviendra pas en seconde lecture, scellant la fin des projet législatifs uniquement centrés sur l'obligation vaccinale. À partir de 1885, ce sont des projets concernant l'ensemble de « l'organisation de l'administration de la Santé publique » qui se succèdent jusqu'à l'aboutissement de la Loi de Santé Publique du 15 février 1902. Cet élargissement joue un rôle essentiel dans la manière dont les débats parlementaires vont se structurer, puisque l'obligation vaccinale ne sera que peu discutée :

« Assez tôt, l'obligation vaccinale n'en fait plus partie. Si, en 1881, elle suscite des échanges vifs à la Chambre lors du débat sur le projet Liouville (dont elle était le seul objet), ce n'est plus le cas, à la même Chambre, lorsqu'est discuté en 1893, le projet Langlet, ni, au Sénat, lors de la première délibération, en 1897, sur le même projet. Ce n'est qu'à l'occasion de la seconde, en 1900, lorsque certains sénateurs feront feu de tous bois pour différer le vote de la loi, que le thème de la vaccination sera, à nouveau, matière à discussion »<sup>6</sup>.

Si l'obligation vaccinale n'est que peu discutée, elle constitue une forme relativement pure du projet des hygiénistes qui vise à donner à la France une administration sanitaire digne des « travaux immortels de Pasteur et de ceux de son école »<sup>7</sup>. La volonté de sortir du cadre des communes pour « nationaliser » l'administration sanitaire est alors perçue comme une ingérence de l'État dans les affaires locales. Pour les hygiénistes, qui considèrent sans exception comme « mauvais » le « régime de la liberté absolue », elle est justifiée :

« La coercition légale, dans la limite où elle est démontrée nécessaire à la protection de la santé publique du plus grand nombre, non seulement est nécessaire, mais s'impose aux sociétés »<sup>8</sup>.

Pour les médecins libéraux en revanche, qui constituent un pôle d'opposition au sein de la profession et dans les chambres parlementaires<sup>9</sup>, l'implication de l'État dans les affaires sanitaires est regardée avec suspicion, voire hostilité :

« N'oublions pas que notre profession est une profession libérale et défions-nous de devenir des employés salariés ni surtout des fonctionnaires »<sup>10</sup>.

---

<sup>4</sup> Les auteurs de l'époque s'accordent sur un différentiel important entre la mortalité des soldats français et celle des soldats prussiens, l'attribuant à la différence du statut vaccinal réglementaire.

<sup>5</sup> Marengo & Govedarica (1982), p. 54.

<sup>6</sup> Marengo & Govedarica (1982), p. 67.

<sup>7</sup> Intervention au Sénat, J.O. du 5 février 1897, cité par Marengo & Govedarica (1982), p.72.

<sup>8</sup> H. Ch. Monod, La Santé publique, Hachette, Paris, 1904 cité par Marengo & Govedarica (1982), p. 87.

<sup>9</sup> Tant au Sénat qu'à la Chambre des Députés, les médecins constituent la première profession représentée. Sur les conséquences de cette force numérique voir Murard & Zylberman (1996).

<sup>10</sup> Bulletin des sociétés médicales d'arrondissement, 1900, n°6, p. 220, cité par Marengo & Govedarica (1982), p. 92.

Les conséquences de ces conflits sont importantes pour la vaccination anti-variologique : deux régimes très différents correspondent à ces deux conceptions de la médecine. Là où l'Angleterre avait clairement favorisé une médecine sociale en promouvant la gratuité et l'obligation, un régime défini par la médecine libérale implique le paiement de l'acte à un médecin déterminé, comme tout autre service médical. En pratique, avant la Loi de 1902, ce sont parfois des arrangements entre ces deux conceptions qui se font jour.

« Ainsi, le règlement du service de vaccination gratuite du département de la Loire inférieure indique que les vaccinations sont « gratuites toutes les fois que la personne sur laquelle l'opération est pratiquée peut être considérée comme privée de ressources » et que, dans l'autre cas, « chaque inoculation sera payée 0,40F »<sup>11</sup>.

La question du paiement des médecins vaccinateurs est essentielle dans l'organisation des services de vaccine, mais elle n'est pas traitée dans le projet de loi, dont certains acteurs de l'époque espèrent voir la fin et critiquent la lourdeur :

« Voilà dix ans que cette loi sanitaire est sur le chantier. [...] Si, au lieu de vouloir tout y mettre, on avait sérié ses efforts, borné ses ambitions à obtenir une loi sur la vaccine [...], on aurait fait l'économie des 50 000 à 60 000 citoyens morts de la variole depuis dix ans »<sup>12</sup>.

Après onze années d'efforts, la Loi de Santé publique voit le jour le 15 février 1902. Elle conserve très largement l'attribution aux communes de l'organisation des services de santé, en particulier ceux de vaccination. L'obligation de vacciner au cours des première, onzième et vingt-et-unième années est inscrite à l'article 16, sans que soit définie l'organisation d'un service public pour sa mise en œuvre et son contrôle ni que l'État prévoie pour cela un budget spécifique<sup>13</sup>. Ces manques vont se révéler essentiels dans l'absence d'effet de la loi sur la vaccination anti-variologique.

### 2.1.2. Une obligation sans effet ?

Quel pouvoir peut-on accorder à la loi ? Pèse-t-elle par elle-même sur les pratiques et les représentations ? Deux auteurs contemporains de la loi de 1902 s'affrontent sur ce point<sup>14</sup>. Paul Strauss, dans sa *Croisade Sanitaire*, pense que la contrainte légale permet de combattre la résistance de la population à la vaccine. Émile Duclaux défend quant à lui, dans son ouvrage intitulé *Hygiène Sociale*, une vision wéberienne du Droit insistant sur la puissance des mœurs déjà là et sur la nécessité de l'éducation du peuple<sup>15</sup>.

Faut-il éduquer ou contraindre ?

« À l'image de la législation anglaise, prononce le premier, la loi française arme l'État d'un pouvoir régalien ». Dans les pays « où l'opinion publique est souveraine », insinue au rebours le second, « les mesures législatives ne sont que la codification déjà installée dans les esprits »<sup>16</sup>.

On a vu que l'Angleterre avait eu besoin de plus d'une loi pour répandre la vaccination antivariologique. Examinons maintenant le choix français de reposer principalement sur la loi,

---

<sup>11</sup> Règlement reproduit dans le Bulletin officiel de l'Union des Syndicats Médicaux de France, 1896, n°1, p. 58, cité par Marengo & Govedarica (1982), p. 96.

<sup>12</sup> Lettre d'Émile Duclaux, citée par Murard & Zylberman (1996), p. 373. Selon ces auteurs, le nombre de victimes annoncé par Duclaux est issu d'un processus « torturant les statistiques » (p. 376).

<sup>13</sup> À l'exception de l'organisation de la désinfection.

<sup>14</sup> Cette opposition est brillamment relatée dans Murard & Zylberman (1996), chapitre 12.

<sup>15</sup> Weber (1986).

<sup>16</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 377.

sans chercher à promouvoir directement son application. La loi de 1902 est totalement dénuée d'indications pratiques, et ses décrets d'application<sup>17</sup> ne précisent pas davantage les conditions concrètes dans lesquelles l'obligation vaccinale doit être mise en œuvre. Le législateur avait « songé davantage aux principes qu'aux réalités et aux possibilités »<sup>18</sup>. De plus, son inscription au sein de la loi de Santé publique, ce « lourd morceau », la rend peu visible et les promoteurs de la vaccination craignent très tôt que cette absence d'accroche n'ait des conséquences néfastes sur son application :

« Les masses en France ne sont point préparées à l'idée de se soumettre légalement à l'inoculation. Peut-être eussent-elles été favorablement impressionnées par une discussion large et explicative de ce grave sujet, et surtout par l'énoncé du nouveau devoir civique non pas dans un minuscule paragraphe d'une loi d'ensemble, mais dans un texte spécial, propre, intitulé 'Loi de la vaccination et de la revaccination obligatoire' »<sup>19</sup>.

Et, sans surprise, la loi n'est que très peu appliquée dans les premières années du siècle. Au niveau des autorités centrales on ne peut même pas s'assurer de son application, les communes et les départements omettant souvent d'établir des rapports de vaccination. Selon les auteurs de l'époque, la situation est la même qu'avant l'obligation, avec une couverture vaccinale très faible et variable selon les lieux et les épisodes épidémiques mobilisateurs. Cet état de fait est lié à l'absence de mesures concernant l'application concrète de la vaccination, en particulier la rémunération toujours aussi variable des vaccinateurs. Mais, aux yeux des promoteurs de la vaccination, les véritables responsables de l'échec de la loi sont les municipalités :

« On dénonce leur peu d'empressement à appliquer les sanctions prévues par la loi, leur 'indifférence et insouciance', leur 'absence de compréhension' de la nécessité de la vaccination et de la revaccination, leur peu de zèle, leur incurie ; un comble : 'Plusieurs communes importantes de la circonscription de Rodez, *administrées par des médecins*, et où les naissances sont nombreuses, n'ont pratiqué aucune vaccination »<sup>20</sup>.

Contrairement à celle de 1870, la première guerre mondiale ne connaît pas de grandes épidémies de variole, ni parmi les troupes, ni au sein des populations civiles. C'est sans doute dû à une modification essentielle de la loi de 1902 : le 7 septembre 1915, le Parlement prescrit la vaccination et la revaccination en cas de guerre, de calamité ou de danger épidémique. Il s'agit là d'un tournant essentiel, d'un « aveu » législatif de l'absence d'application de la loi, l'obligation étant reconnue comme circonstancielle :

« Adosser l'astreinte au règlement ou au décret qu'est-ce, en effet, sinon consentir à ces démembrements qui rabattant l'obligation sur l'urgence, la rabaisser à n'être plus que locale et circonstancielle. Ce qui ne signifie nullement qu'elle fût facultative, mais, revenue du plan universel et souverain de la loi au plan particulier et prudentiel de la technique, 'suffisamment élastique' au contraire pour ne se pouvoir rompre ni corrompre »<sup>21</sup>.

La guerre finie, cette nouvelle disposition n'encourage pas pour autant à une forte application de la loi dans l'après-guerre, les situations étant toujours aussi variables d'un département à l'autre en termes de couverture vaccinale, de budgets alloués à la vaccination

---

<sup>17</sup> Décrets du 23 mars 1903 et du 27 juillet 1903.

<sup>18</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 369.

<sup>19</sup> Rapport du Dr Kelsch à l'Académie de Médecine le 3 février 1903, cité par Marengo & Govedarica (1982), p. 100.

<sup>20</sup> Marengo & Govedarica (1982), p. 104, les italiques sont des auteurs.

<sup>21</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 391.

et de production de rapports vers le niveau national. Un seul élément demeure constant : c'est l'annonce d'épidémies qui fait venir la population à la vaccination.

« À Saint-Étienne, en 1926, où, prévenues par voie d'affiches et de TSF de trois décès par variole, le préfet là-dessus rendant obligatoire dans tout l'arrondissement vaccinations et revaccinations, plus de 77 000 personnes 'se précipitèrent soit chez les médecins, soit aux séances publiques organisées par les municipalités. Jamais on n'avait vu semblable affluence. [...] Des secrétaires de mairie ont avoué qu'ils avaient dû faire intervenir la police pour éviter les bousculades et même les bagarres. Cet empressement et cette hâte ont joué un rôle de protection de première importance' »<sup>22</sup>.

En dehors de ces bouffées épidémiques, le zèle des municipalités est toujours aussi limité et l'absence d'application des sanctions marque toujours la pratique de la vaccination antivariolique. Aucune condamnation ne semble avoir été prononcée par un maire contre un contrevenant à l'obligation :

« 'Les réfractaires ne sont ni mis en demeure de s'exécuter, ni sanctionnés' ; 'les mises en demeure restent rares' ; 'toujours pas de sanction' (1925) ; 'ils ne sont pas rappelés à l'ordre' (1927) ; 'il y a plus de mises en demeure mais toujours pas de sanctions' (1929) »<sup>23</sup>.

Prenant acte de cette situation, les promoteurs de la vaccination considèrent progressivement les instituteurs comme des agents essentiels de la lutte antivariolique. Si ces derniers jouaient déjà depuis longtemps le rôle de vérificateurs pour les certificats de vaccination et de revaccination<sup>24</sup>, il s'agit maintenant d'en faire les idéologues. C'est en effet en insistant sur leur rôle éducatif que le Comité central de vaccine parvient à les mobiliser, en incluant la vaccination dans l'ensemble des grands thèmes de la République laïque :

« Car la vaccination permet tout aussi naturellement d'illustrer le grand thème de la 'solidarité humaine', précepte de base de la 'foi laïque' [...]. La vaccination en effet n'est pas seulement un devoir pour soi, c'est un devoir pour les autres : 'les épidémies sont un bel exemple de solidarité sociale puisque bien des innocents paient cruellement la saleté, l'ignorance, l'incurie et le manque de conscience d'autrui' »<sup>25</sup>.

Se reposer sur les instituteurs, c'est reconnaître l'importance de l'éducation populaire et revenir ainsi sur la réponse apportée aux débats du début du siècle. L'obligation vaccinale s'impose peu à peu, sur une période très longue, par la prise en compte de situations très diverses et de véritables contraintes de santé publique impliquant l'information des populations ou la délivrance de messages spécifiques. Mais, dès lors, pourquoi maintenir l'obligation ?

« Que sert à l'autorité d'édicter des règlements pour 'en abandonner gentiment l'application quand elle rencontre notre résistance' ? C'est vouloir remuer les Pyrénées, quand il faudrait quêter cet équilibre réfléchi où l'obligation eut d'abord été intelligence de ses propres limites. [...] 'Le public gagné, l'intervention de l'État n'est plus utile' »<sup>26</sup>.

Parce que l'État français, contrairement à l'Angleterre, a choisi de ne pas imposer sa Loi, la résistance à la vaccination n'a pas pris une forme organisée et mobilisatrice. Et les quelques

---

<sup>22</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 381.

<sup>23</sup> Extraits de rapports au Comité central de vaccine, cités par Marengo & Govedarica (1982), p. 108.

<sup>24</sup> Depuis la loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire.

<sup>25</sup> J. Payot, *Aux instituteurs et institutrices*, A. Colin, Paris, 1906, cité dans Marengo & Govedarica (1982), p. 117

<sup>26</sup> Murard & Zylberman (1996), p. 393.

obligations vaccinales supplémentaires apparues à la fin des années 1930 et au début des années 1940 (diphtérie, tétanos) ne changent pas cet état de fait<sup>27</sup>. Il faut attendre l'après-guerre pour que cette situation soit modifiée, avec la volonté de rendre obligatoire la vaccination par le BCG.

## **2.2. La montée en puissance de l'obligation vaccinale**

Les années qui suivent la deuxième guerre mondiale se caractérisent en France par un renforcement progressif des politiques vaccinales : elles voient la généralisation d'un vaccin déjà largement diffusé (le BCG), la volonté d'appliquer les obligations vaccinales décidées à la fin des années 1930 (antidiphtérique et antitétanique), et le choix de rendre obligatoire un nouveau vaccin (antipoliomyélitique)<sup>28</sup>. Le choix de l'obligation, qui suppose l'inscription dans la loi, implique de nombreux débats parlementaires. Ces débats sont repris dans la presse, qui met en scène les arguments favorables et défavorables à l'obligation vaccinale.

### **2.2.1. Une nouvelle obligation en débat : le BCG**

C'est tout d'abord autour de la tuberculose et du BCG que vont se mobiliser les pouvoirs publics. La voie réglementaire est d'abord privilégiée avec la publication de trois circulaires en 1947, rendant le BCG obligatoire respectivement pour les élèves infirmières ou assistantes sociales, pour les étudiants en biologie et en médecine et pour les pupilles de l'État. Les deux années suivantes voient le dépôt de trois projets de loi : cette mobilisation politique répond au souci de lutter contre la tuberculose, dont on décrit les dommages en dépit de l'amélioration progressive des conditions de logement et d'alimentation.

Le premier projet, d'origine gouvernementale, est de portée relativement limitée, visant une obligation vaccinale de type professionnel, à la manière de celles qui existaient déjà pour les militaires :

« [...] il y a deux ans le ministère de la Santé publique déposait un projet de loi imposant la vaccination par le B.C.G. à toutes les personnes ayant des réactions antituberculiniques négatives (il est inutile de vacciner, en effet, ceux qui ont des réactions positives mais disons, au passage, que si des erreurs venaient à se produire, cela serait sans danger pour elles) et appartenant à toutes les catégories de la population ayant des contacts inévitables et quasi-quotidiens avec des tuberculeux contagieux, c'est-à-dire les étudiants en médecine, les élèves des écoles préparant aux professions paramédicales et le personnel hospitalier »<sup>29</sup>.

Les projets parlementaires préconisent une obligation plus large, visant l'ensemble des enfants et des jeunes adultes. Ces projets, simultanés et concurrents, sont soumis au travail des commissions parlementaires, plus puissantes sous la IV<sup>e</sup> République qu'aujourd'hui<sup>30</sup>. Nous appuyant sur le rapport de l'une d'entre elles (la commission de la famille, de la population et de la santé publique), examinons les raisons pour lesquelles ces parlementaires prônent l'obligation vaccinale.

---

<sup>27</sup> La vaccination contre la diphtérie est devenue obligatoire en vertu d'une loi du 25 juin 1938 et d'une circulaire du 31 novembre 1939. Cette même circulaire a imposé la vaccination antitétanique avant que le décret du 20 août 1941 n'aligne le dispositif sur celui de la vaccination antivariolique.

<sup>28</sup> La France n'est pas pour autant le plus « en retard » des pays étudiés, puisque la vaccination antivariolique ne devient obligatoire en Belgique que par un Arrêté Royal de 1946.

<sup>29</sup> « La vaccination antituberculeuse sera-t-elle obligatoire ? », *Cahiers français d'information*, 15 mai 1949.

<sup>30</sup> Sur l'évolution des modalités de travail des commissions parlementaires voir Vallet (2003).

Ils rappellent d'abord le succès, tardif mais certain, du Bacille de Calmette-Guérin :

« Le vaccin B.C.G. qui fut, d'abord, accueilli avec beaucoup de réserve à l'étranger est, maintenant, reconnu par les milieux médicaux du monde entier, comme une méthode, à la fois, *efficace et inoffensive* »<sup>31</sup>.

Ce succès épidémiologique se double pour les parlementaires d'un succès réglementaire, certains pays ayant précédé la France en adoptant des lois d'obligation vaccinale :

« L'œuvre vient, d'ailleurs, de recevoir son couronnement : *une loi votée cette année en Norvège rend obligatoire la vaccination par le B.C.G. de tous les jeunes gens et jeunes filles des écoles publiques qui sont en classe de 8<sup>e</sup> (ce qui correspond chez nous à la première)* »<sup>32</sup>.

La confirmation du bien-fondé de la démarche d'obligation par la comparaison internationale est possible, l'obligation étant encore largement répandue. Nous verrons que cette modalité disparaîtra progressivement de l'argumentaire des promoteurs de la vaccination pour se retrouver dans celui des mouvements anti-vaccinaux. Cela s'explique à la fois par l'isolement progressif de la position française sur l'obligation vaccinale et par l'imprudence du rapporteur à la commission, qui affirmait que neuf États avaient rendu le BCG obligatoire quand seule la Norvège l'avait fait<sup>33</sup>.

Pour les parlementaires, rien ne semble donc s'opposer à l'obligation du BCG, d'autant que la mesure s'inscrit toujours dans une logique de médecine sociale, la charge financière étant supportée par les pouvoirs publics, en particulier les départements :

« Les dépenses relatives à la vaccination de la population civile seront obligatoirement inscrites au budget de chaque département. Elles feront l'objet d'une répartition entre l'Etat, les départements et les communes dans les conditions fixées par le décret du 30 novembre 1935 prévoyant l'unification et la simplification des barèmes en vigueur pour l'application des lois d'assistance »<sup>34</sup>.

Parallèlement au travail parlementaire, la presse ouvre ses colonnes à divers points de vue sur le projet de loi. Disposant principalement de sources issues de la presse « sérieuse »<sup>35</sup>, nous n'avons pas trouvé de textes s'opposant frontalement à l'obligation vaccinale à cette

---

<sup>31</sup> *Rapport fait au nom de la commission de la famille, de la population et de la santé publique sur : 1° le projet de loi relatif à la vaccination obligatoire par le B.C.G. des étudiants en médecine et art dentaire, des élèves infirmiers, des assistantes sociales, sages-femmes et du personnel hospitalier ; 2° la proposition de loi de M. Bernard Lafay, sénateur, tendant à rendre obligatoire la vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G. ; 3° la proposition de résolution de M. Cordonnier et plusieurs de ses collègues tendant à inviter le Gouvernement à rendre obligatoire pour certaines catégories de personnes la vaccination par le B.C.G. en scarifications cutanées, par M. Cordonnier, Député. Assemblée Nationale, Première législature, Session de 1949, Annexe au procès-verbal de la séance du 1<sup>er</sup> avril 1949, p. 9, les italiques sont de l'auteur.*

Ce document sera référencé *infra* sous l'appellation abrégée « M. Cordonnier, Rapport à l'Assemblée Nationale, 1<sup>er</sup> avril 1949 ».

<sup>32</sup> M. Cordonnier, Rapport à l'Assemblée Nationale, 1<sup>er</sup> avril 1949, p. 10, les italiques sont de l'auteur.

<sup>33</sup> Cette contradiction a été soulevée pour la première fois par Marcel Lemaire, président de la Ligue contre les vaccinations obligatoires, dans son ouvrage *Pour la liberté, contre l'obligation des vaccinations* (1961).

<sup>34</sup> *Projet de loi tendant à rendre obligatoire pour certaines catégories de la population la vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G.*, article 4, in M. Cordonnier, Rapport à l'Assemblée Nationale, 1<sup>er</sup> avril 1949, p. 21.

<sup>35</sup> Les fonds documentaires des bibliothèques dans lesquelles nous avons effectué nos recherches de presse française ancienne ne contiennent pas la presse populaire.

époque, même s'ils ont existé, ainsi qu'en atteste le document suivant qui ne reprend malheureusement pas l'argumentaire anti-vaccinal :

« Une campagne virulente a été menée dans certains hebdomadaires contre la vaccination antidiphthérique et les vaccinations associées antitétanique, anti-typhoparatyphoïdique. Elle tend à saper la doctrine pasteurienne et à déconsidérer l'Institut Pasteur. Quelle que soit l'opinion des protagonistes de cette campagne aussi claironnante qu'injustifiée, on peut affirmer que ces vaccinations ont fait leur preuve éclatante d'efficacité et qu'on ne saurait les condamner par quelques échecs : le propre de toute loi biologique étant de ne pas être universelle »<sup>36</sup>.

Les limites de l'efficacité vaccinale du BCG sont bien connues et n'entrent pas, alors, dans la critique du projet de loi au sein des débats parlementaires. C'est plutôt la question de la mise en œuvre de la vaccination, son intégration dans un très lourd dispositif de lutte contre la tuberculose (test tuberculinique, isolement des malades...), qui est soulevée :

« La loi qui va rendre la vaccination obligatoire dans certaines catégories de la population française est théoriquement bonne. En quelques dizaines d'années elle peut faire disparaître l'endémie tuberculeuse, qui est responsable actuellement du dixième de la totalité des décès et de la moitié des morts entre quinze et trente ans. Mais, étant donnée la grande contagiosité de la tuberculose, ce résultat ne peut être escompté si des fuites ont lieu dans la vaccination, et si le contrôle n'est pas total. Ce contrôle doit porter sur 60 % des Français âgés de quinze ans et sur 30 à 35 % des Français âgés de dix-huit à vingt-cinq ans. Je ne crois pas qu'il soit possible de l'exercer convenablement avant longtemps »<sup>37</sup>.

Ces difficultés sont d'autant plus grandes qu'il faut à chaque fois vérifier le statut des personnes à vacciner, opération plus longue et coûteuse qu'une vaccination ou revaccination systématique, telles que celles luttant contre le tétanos ou la variole. À cela s'ajoute l'argument de la privation des libertés publiques, toujours susceptible d'être prononcé lorsqu'une nouvelle obligation vaccination vient à poindre :

« La tâche en vaut pourtant la peine, et les résultats seront grandioses. Mais ils s'acquerront au prix d'une nouvelle et parfois importante atteinte à la liberté individuelle. Une de plus ! Et on se prend à souhaiter qu'un jour un compromis acceptable puisse être établi entre les nécessités croissantes et inéluctables de la vie collective et le respect de la liberté de l'homme. On n'ose y croire, rien qu'à voir la part de leur liberté que devront abdiquer certains individus pour obéir à l'impérieuse logique qui préside à l'établissement d'une vaccination comme celle qui nous préoccupe aujourd'hui »<sup>38</sup>.

Il semble qu'un relatif consensus se soit progressivement établi autour du projet, les conditions pratiques d'application, souvent source de conflits, étant renvoyées à un décret. Seule la question des sanctions a fait l'objet d'un amendement par l'Assemblée. En effet, le projet prévoyait un volet pénal :

« Quiconque refusera de se soumettre ou de soumettre ceux dont il a la garde ou la tutelle aux prescriptions de la loi, quiconque en entravera l'exécution sera passible d'une amende

---

<sup>36</sup> « Malgré les affirmations d'une odieuse campagne – Les vaccinations prophylactiques sont un immense progrès », *Combat*, 13 avril 1948.

<sup>37</sup> « À propos de la vaccination antituberculeuse – Par le professeur André LEMAIRE », *Le Monde*, 12 avril 1949.

<sup>38</sup> « À propos de la vaccination antituberculeuse – Par le professeur André LEMAIRE », *Le Monde*, 12 avril 1949.

de 300 francs à 600 francs et, en cas de récidive, d'une amende de 600 francs à 1 200 francs et d'un emprisonnement de cinq jours au plus ou de l'une de ces deux peines seulement »<sup>39</sup>.

Cette disposition est modifiée dans le texte final : seules les amendes sont maintenues, et leur montant est minoré. La loi est votée en décembre 1949 par l'Assemblée Nationale, presque à l'unanimité (574 voix contre 4)<sup>40</sup>, et entrera en vigueur le 5 janvier 1950<sup>41</sup>.

Au terme d'un processus long de trois ans, la France est donc passée d'une relative absence d'encadrement de la vaccination par le BCG à l'obligation vaccinale. Mais, comme dans d'autres cas déjà décrits, l'obligation ne règle rien. Bien au contraire, elle va être à l'origine d'un regain anti-vaccinal.

En effet, si la critique anti-vaccinale s'était maintenue dans l'entre-deux-guerres, elle demeurerait relativement confinée en raison de l'absence de volonté concrète d'application des obligations vaccinales par les autorités françaises, du moins en population générale. Cette nouvelle loi sur le BCG, suivie en 1951 et 1952 de décrets d'application détaillant l'inscription de la vaccination dans le dispositif d'ensemble de la lutte contre la tuberculose<sup>42</sup>, constitue un point d'ancrage pour la critique anti-vaccinale. Si les refus et contournements de la loi sont rendus visibles par une couverture vaccinale relativement faible (voir *infra*), d'autres phénomènes montrent la montée en puissance du mouvement anti-vaccinal.

Ainsi, à peine la loi commençait-elle à être appliquée que les membres de la commission parlementaire des finances, prenant appui sur leurs attributions budgétaires, tentaient de la combattre :

« Ainsi que nous l'avons signalé dans notre dernier numéro, la Commission des Finances, pour protester contre l'obligation de la vaccination au B.C.G., avait réduit de cinq millions, dans le budget de la Santé publique, les crédits relatifs à la prophylaxie de la tuberculose. Cette décision a provoqué de nombreuses réactions sur tous les bancs de l'Assemblée. Sont intervenus notamment en faveur du vaccin MM. Lafay (R.G.R.), Pasteur-Valery-Radot (R.P.F.), Mme François (com.) et M. Cordonnier (soc.). Celui-ci, auteur de la loi, tint notamment à déclarer que dans le Nord, sur 72 390 vaccinations effectuées en trois ans, pas un seul accident n'était intervenu. En ce qui concerne la mortalité par tuberculose, elle est passée, toujours dans le même département, de 188 pour 100 000 habitants, en 1941, à 60 en 1950. [...] L'Assemblée, à la quasi-unanimité, devait ensuite rejeter la proposition de la Commission des Finances. Ainsi, le B.C.G. reste obligatoire »<sup>43</sup>.

Une nouvelle période s'ouvre alors, où tenants et critiques de l'obligation vaccinale vont s'affronter de manière permanente, cristallisant des camps et des positions qui se feront face tout au long des années 1950. L'intensité des luttes est rendue manifeste par la

---

<sup>39</sup> *Projet de loi tendant à rendre obligatoire pour certaines catégories de la population la vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G.*, article 5, in M. Cordonnier, Rapport à l'Assemblée Nationale, 1<sup>er</sup> avril 1949, p. 21.

<sup>40</sup> « La vaccination antituberculeuse devient obligatoire pour certains Français », *Le Monde*, 21 décembre 1949.

<sup>41</sup> Loi n°50-7 du 5 janvier 1950.

<sup>42</sup> Décret du 9 juillet 1951 portant règlement d'administration publique (J.O. du 22 juillet 1951, rectificatif au J.O. du 18 août 1951) ; Décret du 1<sup>er</sup> septembre 1952 fixant les dates d'application de la vaccination par le B.C.G. aux différentes catégories de la population soumises obligatoirement à cette vaccination (J.O. du 2 septembre 1952) ; Arrêté du 4 novembre 1952 relatif à l'organisation des centres de vaccination par le B.C.G. (J.O. des 17 et 18 novembre 1952).

<sup>43</sup> « L'Assemblée Nationale s'est prononcée pour le maintien du B.C.G. obligatoire », *La Croix*, 6 décembre 1951, c'est nous qui soulignons.

constitution des mouvements anti-vaccinaux « modernes » et la volonté politique nationale de fonder la politique vaccinale sur l'obligation légale.

### 2.2.2. Se mobiliser contre l'obligation, comprendre la résistance à la vaccination

Cette tentative des parlementaires de la commission des finances reflète l'agitation qui parcourt alors le monde médical à propos de l'obligation vaccinale. Une association de médecins, se dotant d'un organe qu'elle intitule *Libre Santé*, s'oppose à l'application de la loi de 1950. Certains médecins utiliseront d'ailleurs la possibilité offerte par un décret du 28 février 1952 d'échapper à l'obligation vaccinale par la production de certificats de contre-indication, précisément établis par les médecins. Notons toutefois que cette possibilité d'exemption n'est pas l'objet central du décret, qui renforce l'obligation vaccinale par le contrôle de la vaccination dans le cadre scolaire – et sera l'une des raisons de la naissance, en 1954, de la première Ligue contre les vaccinations<sup>44</sup>. Celle-ci regroupe l'association de médecins Libre Santé, l'association des parents de victimes de vaccinations et des membres de la mouvance « La Vie Claire »<sup>45</sup>.

C'est dans cette période des années 1950 que se constitue le discours anti-vaccinal français qui reprend très largement des argumentaires déjà déployés en Angleterre tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle. L'ancienneté des arguments n'empêche en rien la mobilisation et, s'il ne réussit pas à renverser l'obligation vaccinale, ce mouvement constitue un nouvel acteur permanent dont on cherche à comprendre le succès.

Parmi les arguments et ressources dont vont disposer les opposants à l'obligation vaccinale, les accidents vaccinaux occupent une place centrale :

« Ces faits divers sont les armes des adversaires de la vaccination.

1942 : Saint-Gracien. À l'issue d'une séance de vaccination par antitoxine diphtérique, le Dr Lagasquie constate l'apparition d'abcès froids à l'endroit de la piqûre. La mère d'un enfant contaminé porte plainte. On a en effet constaté l'apparition chez son fils Jacques d'une tuberculose osseuse de l'articulation de la hanche [...].

1949 : Libourne. Le Dr Meyhoas, et, un mois plus tard, le Dr Maupetit, relèvent, une fois de plus, des cas d'abcès post-vaccinaux. Et, brusquement, le Dr Maupetit se souvient d'avoir, en 1948, été appelé en consultation par un de ses confrères de Clairac, pour une affaire identique. Les plaintes succèdent aux plaintes. M. Guillemint, juge d'instruction, délègue une commission rogatoire à la Santé nationale le 30 décembre 1950. on relève, après examen en laboratoire d'ampoules ayant servi aux injections la présence de bacille de Koch. Malveillance, déclare la Sûreté. Injection réalisée dans des conditions de sécurité insuffisantes, répliquent d'autres enquêteurs. Conclusion actuelle : ou certaines seringues employées pour les injections étaient insuffisamment stérilisées, après avoir notamment servi à des ponctions [...], ou les enfants vaccinés portaient en eux, à l'heure de l'injection des germes douteux qui, en tout état de cause eussent déterminé les abcès froids.

---

<sup>44</sup> Dix ans plus tard, cette même Ligue changera de nom pour adopter celui qu'elle porte aujourd'hui encore : « Le 8 juillet 1954 paraissait au 'Journal Officiel' la déclaration d'une association 'Ligue nationale contre les vaccinations dont le but est de lutter contre l'obligation des vaccinations'. Le 6 novembre 1964, elle prenait le nom de 'Ligue nationale pour la liberté des vaccinations', affirmant ainsi son propos et ses objectifs : s'élever contre 'l'obligation vaccinale' et lutter pour l'abolition des lois de contrainte en matière de vaccination » (*Libération*, 28 janvier 1975 : « On a le droit de refuser un médicament, pourquoi pas un vaccin ? »).

<sup>45</sup> Skomska-Geoffroy (1996).

[Etc.] »<sup>46</sup>.

Le récit circonstancié des accidents constitue en effet un élément important pour démontrer la dangerosité générale du geste vaccinal. Ce type de récit, qui nous rappelle l'ancienneté des procédures judiciaires s'emparant des dysfonctionnements des dispositifs de santé publique<sup>47</sup>, s'ajoute souvent au rappel de la tragédie plus ancienne de Lübeck pour souligner le bon sens des opposants à la vaccination. À l'image de la composition hétérogène de la Ligue, les arguments déployés et les moyens d'action sont multiples.

À côté des accidents on retrouve, comme par le passé, une méfiance vis-à-vis de la théorie vaccinale elle-même, portée par les médecins de l'association, que leur critique soit fondée sur une écologie microbienne ou sur des théories de l'immunité :

« Contre la vaccination en général : Dr Bovier.

Les vaccinations, et c'est leur raison d'être, orientent les défenses de l'organisme dans un sens déterminé. Il est à peu près certain qu'en multipliant les vaccins, les organismes deviendront plus réceptifs à d'autres infections et se défendront moins bien contre elles »<sup>48</sup>.

De manière plus spécifique à tel ou tel vaccin, d'autres critiques s'appuient sur un discours épidémiologique comparatif (synchronique ou diachronique) pour souligner l'inefficacité, voire la dangerosité de la vaccination de masse.

« Contre le vaccin antidiphtérique : Dr Rendu.

Le nombre de cas de diphtérie est passé de 13 795 en 1940 à 45 541 en 1945, malgré les vaccinations massives pratiquées, leur obligation étant intervenue en 1943, l'année précisément où le nombre des cas est monté en flèche : 46 730. Conclusion : la mortalité a augmenté de 70 % »<sup>49</sup>.

À cette époque, c'est principalement dans ce dernier registre que répondent les promoteurs de la vaccination. Chiffres contre chiffres, ils soulignent la diminution des épidémies obtenue grâce à la vaccination de masse, en particulier antivariolique. Et recourent à leur tour, pour la dernière fois, à une comparaison internationale pour justifier l'obligation :

« Voici pour la variole. Autrement dit, la vaccination est manifestement efficace. Mais elle ne le sera que si elle est généralisée. Si on laisse le choix on aboutira aux 39 % d'enfants vaccinés en Angleterre en 1931 : aux 14 700 cas de variole. [...] Encore une fois ce choix qui concerne la Nation ne saurait être laissé aux préférences individuelles »<sup>50</sup>.

L'intérêt supérieur de la Nation s'oppose d'autant plus aux préférences individuelles que l'on souligne la résistance des Français à la vaccination, leur faible compliance par rapport aux Scandinaves. Ce qui permet d'associer de manière univoque, et réitérée trois décennies durant, l'obligation et l'efficacité :

« [...] la vaccination obligatoire (la seule réellement efficace) »<sup>51</sup>.

---

<sup>46</sup> « La loi l'impose, mais les médecins s'interrogent encore et les parents s'inquiètent : faut-il vacciner les enfants ? », *Paris-presse – L'Intransigeant*, 26 septembre 1953.

<sup>47</sup> Rappelons qu'à la même époque, les dispositifs de transfusion sanguine ont fait face à de nombreux procès pour transmission syphilitique (Hermitte, 1996).

<sup>48</sup> « La loi l'impose, mais les médecins s'interrogent encore et les parents s'inquiètent : faut-il vacciner les enfants ? », *Paris-presse – L'Intransigeant*, 26 septembre 1953.

<sup>49</sup> « La loi l'impose, mais les médecins s'interrogent encore et les parents s'inquiètent : faut-il vacciner les enfants ? », *Paris-presse – L'Intransigeant*, 26 septembre 1953.

<sup>50</sup> Dr Cyrille Koupernik, « À propos de la vaccination », *L'Observateur*, 5 novembre 1953.

<sup>51</sup> Dr Cyrille Koupernik, « À propos de la vaccination », *L'Observateur*, 5 novembre 1953.

Cette relative stabilité argumentaire et la permanence du conflit pousse à l'introduction de nouvelles problématiques. Les protagonistes des débats vaccinaux tentent ainsi d'expliquer pourquoi les français résistent à la vaccination en général et à son obligation en particulier. Les explications avancées se situent d'abord au niveau des individus, allant d'une description anthropologique élémentaire (la peur face au principe vaccinal et le recours préférentiel à des modes de guérison « archaïques ») à une analyse sociologique des particularismes français.

« Les uns, mal informés, ou plus simplement ignorants des réalités biologiques, témoignent d'une certaine réserve, d'une certaine réticence à l'égard des vaccinations pour deux raisons : la première est qu'ils répugnent à l'introduction de substances étrangères à leur organisme, alors qu'ils se sentent en parfaite santé ; or la plupart des vaccinations étant préventives s'adressent précisément à des sujets sains que l'on se propose de prémunir contre des affections éventuelles qu'ils ignorent et ne redoutent nullement dans l'immédiat. La seconde raison est que certaines vaccinations préventives étant une obligation légale, sont regardées comme des contraintes, et que l'individualisme français s'insurge contre toute ingérence de l'État dans la famille ou dans la personne humaine »<sup>52</sup>.

Ces descriptions adoptent parfois un point de vue compréhensif, soulignant le caractère normal ou attendu de tels comportements. L'absence de bénéfice individuel tangible rend délicat le choix de la vaccination, en particulier vis-à-vis de jeunes enfants<sup>53</sup> :

« Une mère de famille normale, lorsque son enfant est malade, appelle le médecin et obéit à ses directives, trop heureuse, en face du danger immédiat, d'accomplir les quelques gestes utiles qui apaiseront son inquiétude. En face du danger *immédiat*. Oui. Mais il est de fait que *personne* n'éprouve une joie particulière à soumettre de sang froid un enfant qui se porte bien à une vaccination quelconque. Il sera peut-être fiévreux pendant quelques jours ; il aura moins d'appétit, tels sont les moindres maux que nous fait envisager toute formalité de cet ordre. C'est que le sens de la vie s'accompagne nécessairement d'optimisme et que *nous ne pouvons pas imaginer* certains maux trop éloignés de nous, de même que nous n'imaginons pas notre mort ni la fin du monde »<sup>54</sup>.

À côté de ces comportements individuels, limités à la sphère privée ou à la relation médecin-patient, il faut également expliquer les raisons de la mobilisation collective et de la dénonciation publique de l'obligation vaccinale<sup>55</sup>. Alors le ton change : la compréhension fait place à la critique, en particulier celle des personnes au cœur du processus de mobilisation, les membres des ligues nouvellement créées.

« Ils exploitent la réticence naturelle de l'individu, en orchestrant avec autant de perfidie que de mauvaise foi une campagne d'hostilité systématique contre les vaccinations. Ils fondent une ligue contre les vaccinations, ils alertent une certaine presse peu soucieuse de vérité et indigne de sa mission d'information sincère et objective ; ils alertent les parlementaires dans l'esprit souvent borné desquels il est facile de susciter le doute, surtout si un souci électoral se fait jour à l'arrière-plan de leurs préoccupations ; enfin, ils éditent des brochures, des livres, des tracts que l'on distribue dans les boîtes aux lettres aux époques

---

<sup>52</sup> Dr A. Amphoux, « Pour ou contre les vaccinations », *Réforme*, 8 septembre 1956.

<sup>53</sup> Sur l'importance de la tangibilité dans la constitution des preuves et de l'évidence voir Chateauraynaud (1996).

<sup>54</sup> Henriette Nizan, « Le 'poujadisme antivaccinal' fleurit dans la patrie du B.C.G. », *Demain*, 26 juillet au 1<sup>er</sup> août 1956, les italiques sont de l'auteur.

<sup>55</sup> Sur la dénonciation publique voir Boltanski (1984).

fixées pour les séances gratuites de vaccinations obligatoires dans les mairies ou les dispensaires »<sup>56</sup>.

Ce dévoilement des intérêts (de la presse ou des élus) n'empêche pas de décrire l'action des opposants à la vaccination, qui consiste à alerter sur ses dangers : les ligues se constituent en lanceurs d'alerte auprès de ceux qui peuvent agir pour modifier la loi<sup>57</sup>. Mais pour les promoteurs de la vaccination, la diffusion de ces alertes est un facteur néfaste de changement des comportements, un danger pour la couverture vaccinale. À l'alarme s'oppose donc une contre-alarme, l'inquiétude sur les vaccinations semblant se répandre :

« Le Dr Theil, ainsi que ses confrères les plus éminents et, d'ailleurs, l'Académie de médecine tout entière, s'élèvent contre l'in vraisemblable propagande antivaccinale à laquelle depuis quelques temps se livre l'hebdomadaire 'Point de Vue – Images du monde'. Ce magazine s'est, en effet, donné pour tâche de soutenir une 'Ligue nationale contre les vaccinations', présidée par un M. Lemaire, 'honorabile commerçant qui vend des fournitures de bureau'. Et la campagne qu'il a lancée vise, en premier lieu, le BCG. Si l'on en croit un referendum organisé, il y a quelques mois sur l'antenne d'Europe I, 60 % des Français ont peur du vaccin antituberculeux »<sup>58</sup>.

Dans cet extrait, la mention de la profession du premier président de la Ligue nationale contre les vaccinations intervient comme une critique indirecte de ses propos, les seuls intervenants légitimes pour juger du bien-fondé de la vaccination étant alors des médecins<sup>59</sup>. Cette limitation n'est pas pour autant une garantie d'unanimité, des médecins étant souvent à l'origine des critiques de l'obligation vaccinale. Il s'agit dès lors, pour juger de la recevabilité des protagonistes, de distinguer les « bons » et les « mauvais » médecins, en s'appuyant sur de classiques critères de renommée scientifique :

« On s'appuie même sur l'opinion autorisée de tel ou tel médecin dont on ne divulgue que les initiales de son nom. Il est certain qu'il est des médecins qui sont réservés, voire hostiles a priori, à l'égard des vaccinations ; mais je n'en connais pas un dont la notoriété, les travaux ou les publications scientifiques donnent à sa voix une autorité sérieuse »<sup>60</sup>.

La défense des vaccinations passe ainsi par un confinement des débats scientifiques aux seuls acteurs pertinents<sup>61</sup>, qui sont donc ces « bons » médecins. Dans ce contexte, les opposants à la vaccination obligatoire mobilisent très largement des arguments scientifiques, et la profession médicale occupe une place centrale parmi les membres de la Ligue nationale contre les vaccinations<sup>62</sup>.

---

<sup>56</sup> Dr A. Amphoux, « Pour ou contre les vaccinations », *Réforme*, 8 septembre 1956.

<sup>57</sup> Pour une sociologie des lanceurs d'alerte voir Chateauraynaud & Torny (1999).

<sup>58</sup> Henriette Nizan, « Le 'poujadisme antivaccinal' fleurit dans la patrie du B.C.G. », *Demain*, 26 juillet au 1<sup>er</sup> août 1956.

<sup>59</sup> La légitimité à s'exprimer dans des débats de sécurité sanitaire environnementale engageant des connaissances scientifiques ou techniques est au centre de la thèse d'Anne Bertrand (*Victimes érudites et savants engagés. Une étude des rencontres entre discours experts et profanes en matières environnementales*), en voie d'achèvement.

<sup>60</sup> Dr. A. Amphoux, « Pour ou contre les vaccinations », *Réforme*, 8 septembre 1956.

<sup>61</sup> Sur l'importance des opérations d'enclavement et de désenclavement des institutions voir Dodier (2003).

<sup>62</sup> Aujourd'hui encore, on a pu observer dans différents domaines les modalités du recours associatif à l'argumentation scientifique dans des débats où seuls de tels arguments sont jugés recevables par les acteurs institutionnellement autorisés qui, toutefois, en disqualifient la production par les associations elles-mêmes (Bertrand, 1997 ; 2002a ; 2002c).

Cependant, aucun acteur ne semble attribuer la faiblesse de la couverture vaccinale à l'action de la Ligue. Au contraire, l'absence de compliance continue à susciter l'étonnement et l'incompréhension tout au long de cette période :

« Le professeur Kourisky, de son côté, s'émeut d'une recrudescence 'inadmissible' du tétanos »<sup>63</sup>

« [...] lorsqu'on sait que 30 % des hommes tuberculeux pulmonaires quittent le sanatorium avant la fin de leur cure et regagnent leurs foyers alors qu'ils sont bien souvent contagieux, il est assez consternant de constater que 70 % des enfants français échappent à la vaccination obligatoire »<sup>64</sup>.

Dix ans après sa promulgation, l'obligation du BCG n'aurait donc rien résolu, contribuant seulement à fédérer les méfiances individuelles en un mouvement collectif. C'est dans ce contexte qu'un processus législatif va être initié pour un autre vaccin, celui dirigé contre la poliomyélite.

### 2.2.3. Une piqûre de rappel : l'obligation de vaccination contre la poliomyélite

La découverte d'un vaccin contre la poliomyélite a été annoncée aux États-Unis par Salk en 1953, cependant que des épidémies de cette maladie s'étaient développées tout au long des années 1940 et au début des années 1950. Dans les deux ans qui suivent sa découverte, des essais sont menés pour vérifier l'innocuité et l'efficacité du vaccin. Après des résultats encourageants, on découvre en avril 1955 des cas de polio dus au vaccin, et l'ensemble du programme vaccinal américain est stoppé au mois de mai. Même si les 205 cas de polio induits furent expliqués par l'inactivation incomplète du virus, le soupçon pesant sur le vaccin Salk se maintint longtemps. C'est pourquoi de nombreux articles soulignent que le vaccin vendu alors en France est le vaccin Sabin (oral).

Cette méfiance vis-à-vis du vaccin contre la polio se retrouve dans les travaux parlementaires préalables à l'établissement de la loi. C'est ainsi que l'on voit apparaître dans le texte même de la loi la notion de contre-indication médicale :

« À l'article premier, le Sénat a prévu, par un amendement déposé en séance publique et accepté par le Gouvernement, que la vaccination antipoliomyélitique est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue »<sup>65</sup>.

Ce souci de prendre en compte les accidents vaccinaux provient vraisemblablement de l'action mobilisatrice des ligues. Il avait trouvé une première traduction parlementaire sous l'impulsion du groupe socialiste en 1956, sans succès. En 1964, une deuxième tentative de prise en charge réglementaire des accidents vaccinaux rencontre un succès relatif, limité par des contraintes financières :

« Au même article 2bis, la Commission sénatoriale avait demandé que la responsabilité de l'État soit engagée pour toutes les vaccinations obligatoires, qu'elles soient effectuées dans un service public ou en clientèle privée. Le Gouvernement n'a pas accepté cette extension,

---

<sup>63</sup> « Plaidoyer pour le B.C.G. et les vaccinations contre le tétanos et la poliomyélite », *Le Monde*, 6 mars 1958.

<sup>64</sup> « En France deux enfants sur cinq sont contaminés par la tuberculose », *Le Monde*, 28 juin 1959.

<sup>65</sup> *Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi, modifié par le Sénat, relatif à la vaccination antipoliomyélitique obligatoire et à la répression des infractions à certaines dispositions du Code de la santé publique par M. Mainguy, Député*. Assemblée Nationale, Constitution du 4 octobre 1958, deuxième législature, deuxième session ordinaire de 1963-1964, Annexe au procès-verbal de la séance du 3 juin 1964, p. 2.

Ce document sera référencé *infra* sous l'appellation abrégée « M. Mainguy, Rapport à l'Assemblée Nationale, 3 juin 1964 ».

génératrice de dépenses nouvelles, et y a opposé, en séance publique, l'article 40 de la Constitution. Après une suspension de séance au cours de laquelle M. le Ministre de la Santé publique a été entendu par la Commission sénatoriale des affaires sociales, celle-ci a chargé son rapporteur de présenter un amendement, accepté par le Gouvernement, qui prévoit la responsabilité de l'État 'en cas de dommage imputable directement à une vaccination obligatoire effectuée dans un centre agréé de vaccination' »<sup>66</sup>.

Au-delà des accidents vaccinaux, la question financière est au cœur des arguments favorables à l'obligation. Ainsi, en réponse à une question d'une députée, le ministre de la santé avait souligné l'impact positif de la vaccination en termes budgétaires :

« Seules des campagnes de vaccination intensives permettront d'éviter les lourdes charges que font peser sur la collectivité le coût élevé des soins et les séquelles paralytiques plus ou moins étendues que laisse après elle la poliomyélite dans au moins 40 % des cas »<sup>67</sup>.

Plus de deux ans plus tard, le même argument économique est repris dans la presse lorsqu'il s'agit d'exposer les raisons de l'obligation. La baisse continue du nombre de cas de poliomyélite n'empêche en rien la réitération du raisonnement budgétaire :

« Une vaccination 'obligatoire' est-elle utile et rentable en regard du petit nombre des cas de polio en France ? En fait, les dépenses entraînées par l'obligation de la vaccination pour les sujets de moins de vingt ans en France seraient de l'ordre de vingt milliards d'anciens francs pour le Trésor public. Ce chiffre est, bien entendu, une approximation. Il peut paraître très élevé, certes. Mais si l'on estime, en dehors de toute considération individuelle, que chaque année la polio provoque l'apparition de 2 000 infirmes nouveaux en France, peut-être pensera-t-on que la vaccination présente finalement plus d'avantages que d'inconvénients »<sup>68</sup>.

La focalisation d'une partie des débats sur les arguments financiers fait ressurgir la relation d'équivalence établie au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle entre obligation et gratuité. La médecine sociale garantie par l'État ne pouvait être que gratuite, et la gratuité provenait de l'intérêt général de la vaccination et de la protection collective ainsi générée, entraînant l'obligation. Un siècle plus tard, certains acteurs continuent à associer les deux termes de manière tout à fait naturelle :

« À la demande du ministre de la Santé publique, M. Raymond Marcellin, le Conseil des ministres a approuvé un projet de loi rendant obligatoire (et gratuite) la vaccination contre la poliomyélite »<sup>69</sup>.

Mais d'autres commencent à opérer un détachement entre gratuité et obligation, promouvant la première et non la seconde. C'est le cas de l'Académie de médecine, même si elle n'est pas suivie par les instances politiques :

« M. Mainguy note qu'en février 1962, l'Académie de médecine a émis un avis favorable à la gratuité plutôt qu'à l'obligation de la vaccination. Pour sa part, il ne voit pas pourquoi celle-ci, 'dont les risques sont quasi-nuls', ne serait pas rendue obligatoire à l'instar des vaccinations antivariolique, antidiphtérique, antitétanique et antituberculeuse »<sup>70</sup>.

---

<sup>66</sup> M. Mainguy, Rapport à l'Assemblée Nationale, 3 juin 1964, p. 2.

<sup>67</sup> « Le ministre de la santé publique dresse la liste des vaccinations obligatoires... », *Le Monde*, 23 juin 1959.

<sup>68</sup> Pierre Bourget, « Vaccination antipolio obligatoire en France pour les moins de 20 ans ? », *L'Aurore*, 27 décembre 1961.

<sup>69</sup> « Vaccination antipolio : dépôt du projet à l'Assemblée », *Combat*, 24 juillet 1963.

<sup>70</sup> « Le projet de loi rendant obligatoire la vaccination antipoliomyélitique est soumis aux députés », *Le Monde*, 16 avril 1964.

Pour lutter contre cette séparation, les tenants de l'obligation vont insister sur la série historiquement constituée : le vaccin contre la poliomyélite est un élément de la série des vaccins développés contre les épidémies et, comme les autres, il se doit d'être obligatoire<sup>71</sup>. La fermeté du gouvernement ne modifie donc qu'à la marge la politique vaccinale française, entièrement tournée vers l'obligation. Mais cette fermeté continue à rencontrer la résistance du terrain, rendue manifeste par la faiblesse de la couverture vaccinale, en particulier pour le BCG. Face à ces difficultés, plusieurs opérations du type « S.O.S. tuberculose »<sup>72</sup> sont lancées par les pouvoirs publics au début des années 1960, et certains députés tentent de circonscrire l'action supposée néfaste des ligues anti-vaccinales :

« D'autre part, sur l'initiative de M. Fanton (U.N.R.) et dans les termes préconisés par le ministre, est ajouté au projet un autre article interdisant toute propagande ou publicité orale, écrite, imprimée faite dans les lieux ou réunions publics en vue d'inciter la population à se dérober à une vaccination obligatoire. Avant le vote de l'ensemble du projet ainsi modifié, M. Tourne, au nom du groupe communiste – qui apportera ses suffrages – insiste sur les points qu'il a exposés dans la discussion générale, et demande que l'application de la loi se fasse sans précipitation ni rigueur excessive, car, déclare-t-il, 'l'obligation ne doit pas devenir une contrainte' »<sup>73</sup>.

Après de nombreux débats sur l'opportunité d'une telle disposition particulière et sur sa compatibilité avec la liberté de la presse, elle n'est finalement pas retenue par la loi. Elle marque cependant le durcissement des positions en matière d'obligation vaccinale, la qualification toujours plus fréquente de l'obligation comme une contrainte, bientôt un « dogme », et de ses tenants comme des « fanatiques »<sup>74</sup>. Avec l'adoption de l'obligation vaccinale antipoliomyélique, le modèle français développé depuis la loi de 1902 atteint son apogée au milieu des années 1960. Le hiatus s'est toujours maintenu entre la dureté des mesures légales et une application variant au gré du bon vouloir des autorités municipales, des médecins et de la population.

L'extension de l'obligation dans les années 1930 et surtout les tentatives de renforcement de l'application et du contrôle de la vaccination dans les années 1950 ont connu des succès mitigés, ce qui n'a pas empêché le maintien d'une forte rhétorique de l'obligation. Face à elle, le développement d'un mouvement anti-vaccinal n'a pas encore produit de véritables effets politiques, même si en plusieurs occasions la capacité d'influence médiatique et parlementaire des médecins au cœur du mouvement peut être attestée. De plus, leur capacité d'influence individuelle, par le biais des consultations médicales ou dans les centres de vaccination, est souvent supputée, particulièrement pour le BCG : « il semble que près de 70 % des enfants échappent à cette vaccination pourtant obligatoire et, pour un bon nombre d'entre eux, en vertu de 'conseils médicaux' »<sup>75</sup>. Au-delà de ces actions de terrain, la disparition progressive des menaces liées à nombre de vaccinations obligatoires

---

<sup>71</sup> Sur l'importance de la constitution de séries dans l'élaboration du jugement des acteurs, voir Bessy & Chateauraynaud (1995)

<sup>72</sup> « SOS Tuberculose – Démarrage officiel de la campagne antituberculeuse », *Le Monde*, 13 février 1963.

<sup>73</sup> « À l'unanimité – l'Assemblée nationale adopte le projet qui rend obligatoire la vaccination contre la poliomyélite », *Le Monde*, 17 avril 1964.

<sup>74</sup> Ce terme apparaît pour la première fois dans un article de 1958 : « La vaccination n'est pas une fin en soi et, contrairement à ce qui nous a été parfois reproché, nous n'en sommes pas, à 'Demain', des 'fanatiques'. Elle disparaîtra un jour lorsque les moyens curatifs et notamment les antibiotiques seront suffisamment actifs pour rendre le vaccin inutile » (André Calas, « Si vous prenez vos vacances dans une région atteinte... La polio menace : une seule arme, le vaccin », *Demain*, 8 juillet 1958).

<sup>75</sup> Dr Escoffier-Lambiotte, « La lutte contre la tuberculose doit être intensifiée », *Le Monde*, 2 février 1963.

va donner plus de poids aux arguments des opposants à l'obligation vaccinale, et montrer la difficulté pour la politique vaccinale française à sortir de l'obligation.

### ***2.3. Sortir de l'obligation : une démarche risquée pour le schéma vaccinal français***

Les années 1970 sont marquées par plusieurs inflexions dans les débats autour des obligations vaccinales. Tout d'abord, pour la première fois depuis longtemps, un vaccin va se généraliser sans qu'il soit rendu obligatoire : celui qui vise à protéger contre la grippe. Ensuite, la disparition progressive d'un certain nombre de menaces, et en particulier la variole, va rendre délicat le maintien d'une obligation « inutile ». Enfin, la configuration politique générale, et notamment l'audience accrue de l'extrême-gauche, donne un écho plus important au discours anti-vaccinal qui se radicalise. La Ligue apparaît alors comme un mouvement social ayant des revendications et donc susceptible de prendre part aux combats politiques de l'époque car, nous le verrons, certains arguments des anti-vaccinaux peuvent faire écho à la critique du pouvoir capitaliste. Réciproquement, certains militants politiques soutiennent la Ligue ou en sont membres :

« C'est ainsi que Pierre Fournier, journaliste à *Charlie Hebdo*, fondateur de la *Gueule ouverte*, première publication écologiste radicale destinée à la jeunesse, fait partie des soutiens de la Ligue »<sup>76</sup>.

#### **2.3.1. Un succès foudroyant : le vaccin contre la grippe**

Durant l'hiver 1969, une épidémie de grippe particulièrement sévère touche l'Europe Occidentale. Comme nombre de pandémies grippales, elle se révèle meurtrière avec un total estimé de 8 000 morts. Aussi n'est-il pas étonnant que les autorités françaises appellent la population à se vacciner à l'automne suivant. Le Comité français d'éducation sanitaire et sociale et le Comité d'éducation sanitaire de la pharmacie française mènent une campagne d'information d'envergure, parfois qualifiée « d'opération publicitaire », qui utilise en particulier la radio et la télévision<sup>77</sup>. Cette campagne remporte un succès inattendu :

« Les Français, habituellement réticents aux vaccinations préventives, ont, du jour au lendemain, répondu en masse à cet appel. Les stocks prévus sont devenus insuffisants et, ces jours-ci, il est très difficile de se procurer un vaccin contre la grippe »<sup>78</sup>.

Ce succès est d'autant plus étonnant que le vaccin contre la grippe n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale, ce qui provoque « un certain mécontentement chez les usagers ». Cette question du remboursement est d'autant plus fondée que les coûts sociaux et économiques associés à l'épidémie de l'hiver précédent sont publiés :

« Chaque malade assuré social avait coûté – selon un calcul publié par la « Revue de médecine » – 271 F 66 en moyenne, et la dépense pour l'Assurance maladie n'était pas éloignée de 3 milliards. Dans les entreprises, en novembre et en décembre, le taux d'absentéisme avait doublé par rapport aux années normales. Aux seules Houillères du Nord, les pertes se montaient à 120 millions de Francs »<sup>79</sup>.

---

<sup>76</sup> Skomska-Geoffroy (1996).

<sup>77</sup> Pour une critique de cette campagne, portant en particulier sur l'exagération de la menace grippale et le choix du remboursement du vaccin voir Fernand Delarue, *L'intoxication vaccinale*, Paris, Seuil, 1977.

<sup>78</sup> « Les stocks de vaccin antigrippal seront reconstitués vers la mi-novembre », *Le Monde*, 19 octobre 1970.

<sup>79</sup> Christine Callet, « L'économie de la grippe », *L'Express*, 2 novembre 1970.

Pourtant, lorsque des parlementaires s'inquiètent de cette absence de remboursement et proposent de faire entrer le vaccin de la grippe dans le schéma vaccinal français, c'est-à-dire de le rendre obligatoire, un refus argumenté leur est opposé :

« M. Marcel Guislain, sénateur du Nord (socialiste), avait demandé au ministre de la santé publique et de la sécurité sociale s'il n'envisageait pas de 'rendre obligatoire la vaccination contre la grippe [...]'. »

Voici la réponse du ministre (*Journal officiel*) du 17 novembre :

'[...] Or, pour qu'une vaccination soit rendue obligatoire, il est nécessaire que son efficacité et sa durée d'action soit [sic] suffisantes, et également que le vaccin puisse être standardisé. Ce n'est pas le cas pour la grippe. Il n'apparaît donc pas opportun de rendre obligatoire la vaccination antigrippale. Une telle mesure n'a d'ailleurs encore jamais été prise dans aucun pays. Pour les raisons exposées ci-dessus, il semble également impossible de prévoir un remboursement généralisé de la vaccination par la Sécurité sociale [...] »<sup>80</sup>.

Les arguments déployés pour la tuberculose vingt ans plus tôt sont toujours d'actualité : l'efficacité vaccinale, la durée de la protection, la situation internationale. Sauf que, versés à l'époque au crédit d'une obligation de vaccination au BCG, ces critères ne sont pas satisfaits par le vaccin contre la grippe et disqualifient donc l'hypothèse d'une obligation vaccinale antigrippale.

Et pourtant, le succès de la campagne atteste de l'intérêt pour cette vaccination. Ce décalage entre ce que de nombreux auteurs appellent « risque réel » et « risque perçu » ne manque pas d'affecter le ministre de la santé :

« Le ministre précise 'qu'aucune menace d'épidémie n'est actuellement signalée dans le monde. Seules des épidémies localisées de grippe à virus A-2 Hongkong sont en cours dans certains pays qui avaient été épargnés par les précédentes pandémies' et l'on peut 'regretter que son retentissement dans la population ait pris une telle ampleur, alors qu'une certaine désaffection se manifeste vis-à-vis des vaccinations obligatoires' »<sup>81</sup>.

Les arguments sociologisants auxquels on avait recours dans les années 1950 pour expliquer la résistance à la vaccination ne sont plus d'actualité : alors même qu'il n'y avait pas de menace immédiate, les français se sont massivement fait vacciner, et ce en dépit d'une efficacité que tous s'accordent à indiquer comme « limitée » et d'un coût à la charge de l'assuré. Le décalage avec la situation des vaccinations obligatoires est donc particulièrement frappant.

A l'automne suivant, le Comité national de prévention de la grippe *recommande* la vaccination antigrippale et milite pour son remboursement. Il reçoit pour toute réponse de l'Assurance maladie un rappel de la loi : « les soins préventifs – et en particulier les vaccinations – ne peuvent donner lieu à remboursement »<sup>82</sup>. Il faudra attendre le milieu des années 1980 pour que cette règle soit modifiée. Pourtant, dès le début des années 1970, la vaccination contre la grippe représente une alternative au schéma vaccinal français qui considère que l'obligation vaccinale est nécessaire pour assurer une forte couverture. Le refus du passage à l'obligation de la grippe marque un tournant : à partir de ce moment plus aucun vaccin ne deviendra obligatoire en population générale, alors même que ce fut envisagé à plusieurs reprises (rubéole, hépatite B). Mais si de nouveaux vaccins n'entrent

---

<sup>80</sup> « La vaccination contre la grippe ne sera pas obligatoire », *Le Monde*, 24 novembre 1970.

<sup>81</sup> « La vaccination antigrippale n'est pas toujours efficace », *Le Monde*, 11 janvier 1971.

<sup>82</sup> « La vaccination antigrippale ne peut être remboursée », *Le Monde*, 23 octobre 1971.

pas dans le cadre de la vaccination obligatoire, une autre question demeure : que se passe-t-il lorsqu'il s'agit de sortir de l'obligation vaccinale ?

### 2.3.2. Danger contre danger : faut-il maintenir la vaccination antivariolique ?

À partir du début des années 1970, la question du maintien de l'obligation antivariolique est régulièrement posée : en l'absence de foyers épidémiques sur le sol national, comment justifier la poursuite d'une vaccination ? Cette question peut être posée sur un ton neutre, proche de l'évaluation épidémiologique :

« De nos jours, les vaccinations contre les grandes maladies mortelles qui, lors des siècles passés, ont fait des ravages, ne présentent plus toujours la même actualité dans le monde, et si dans les pays en voie de développement toutes doivent être maintenues, dans les pays nantis le caractère obligatoire de certaines d'entre elles semble parfois pouvoir être reconsidéré ou tout du moins réservé à des groupes de population à risques élevés »<sup>83</sup>.

Mais elle fait également l'objet d'une mobilisation de plus en plus intense de la part des opposants anti-vaccinaux, qui vont opérer une double comparaison en affirmant d'une part que le vaccin est alors plus dangereux que la maladie elle-même, en soulignant d'autre part la position « idéologique » de la France par rapport aux pays voisins ou aux instances internationales.

La mobilisation la plus visible se fait autour des accidents post-vaccinaux. On a vu que la loi sur la vaccination antipoliomyélitique ouvrait la porte à leur indemnisation. Mais, comme souvent, l'application concrète de telles dispositions conduit les victimes éventuelles à un long parcours semé d'embûches, souvent décrit comme un calvaire :

« Le 21 décembre dernier, un jeune homme, Alain Renard, mourait, à l'âge de 23 ans, dans un hôpital parisien. Véritable épave humaine, il avait vécu dix-huit ans dans des conditions physiques et morales extrêmement pénibles, provoquées par une encéphalite qui avait suivi une vaccination triple contre la diphtérie, le tétanos et la fièvre typhoïde. En mars 1966, après quatre ans de démarches et de lutte, sa mère, Mme Kermagoret, avait obtenu une indemnité auprès du tribunal administratif de Paris, qui avait estimé l'État responsable de cet accident, imputable, selon l'expertise, à la vaccination »<sup>84</sup>.

Les accidents post-vaccinaux sont plus fréquents pour la vaccination antivariolique que pour les autres vaccinations obligatoires. C'est sur ce terrain spécifique que la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations va s'appuyer pour revendiquer la fin de l'obligation, en soulignant tout d'abord l'imprévisibilité des accidents :

« Il existe effectivement des contre-indications. Théoriquement, en effet, les médecins ont toujours la possibilité d'établir des certificats, mais les contre-indications ne sont pas toujours décelables. Par conséquent, les examens médicaux étant faits convenablement, il est impossible de dire avec exactitude qu'un enfant n'aura pas d'accident de vaccination », explique Fernand Delarue, président de la Ligue, interviewé par *Libération*<sup>85</sup>.

L'accident étant toujours possible, il s'agit d'en déterminer l'extension. C'est ici que la faiblesse du dispositif de recueil de données vaccinales va jouer : on a vu que les fichiers de vaccinés n'étaient pas régulièrement tenus par les communes et départements, c'est encore plus le cas des accidents post-vaccinaux. La Ligue demande donc l'établissement d'un relevé épidémiologique objectif :

---

<sup>83</sup> « Médecine – La vaccination obligatoire a toujours des adversaires », *Le Monde*, 15 novembre 1973.

<sup>84</sup> Dr Escoffier-Lambiotte, « Médecine – Obligation ou liberté de vaccination ? », *Le Monde*, 25 mars 1969.

<sup>85</sup> « Abolir la vaccination antivariolique, pourquoi ? », *Libération*, 29 janvier 1975.

« Il faut en tout cas tirer ces affaires au clair. Dans ce but, je vais proposer au ministère de nommer une commission d'enquête. Et à condition qu'on n'y nomme pas uniquement des médecins vaccinalistes, que ceux-ci ne prennent pas uniquement les avis des milieux directement intéressés, et que les opposants puissent se faire entendre, je suis convaincu qu'elle devrait aboutir à la condamnation de la vaccination antivariolique », poursuit Fernand Delarue<sup>86</sup>.

Ce relevé doit se tenir loin des intérêts, idéologiques ou financiers. C'est une contrainte difficile à tenir en raison de la « petite taille » du monde vaccinologique et des exigences très élevées des tenants de la Ligue. En attendant sa réalisation, comment connaître l'étendue des accidents ? La Ligue, dans une autre interview de son président, propose de s'appuyer sur la comparaison internationale :

« Il faut savoir qu'en France, nous n'avons malheureusement pas de statistiques concernant les accidents vaccinaux, chose très regrettable puisque la vaccination existe depuis 72 ans. Devant cette carence de l'administration française, on est obligé de regarder vers les pays étrangers »<sup>87</sup>.

Dès lors, une controverse épidémiologique s'engage sur le taux d'accidents post-vaccinaux, les chiffres avancés par les ministres français de la Santé successifs étant bien inférieurs à ceux issus de la surveillance épidémiologique de différents pays. Deux ans plus tard on retrouvera l'argument de la Ligue dans l'arène parlementaire, inchangé, indiquant la persistance de la controverse.

« Mme Anne-Marie Fritsch, député de la Moselle (rad.), estime que 'd'après les statistiques effectuées dans certains pays étrangers, notamment aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, au Canada, il semble que les accidents mortels dus à la vaccination antivariolique soient plus nombreux que ceux dus à la maladie elle-même' »<sup>88</sup>.

En effet, en l'absence de dispositif administratif et statistique susceptible d'assurer ce que nous appellerions aujourd'hui une « vaccinovigilance », demandée à plusieurs reprises par les anti-vaccinaux<sup>89</sup>, chacun campe sur ses positions :

« [Journaliste] Ce succès éclatant ne doit pas pour autant nous faire négliger les dangers de la vaccination antivariolique.

[Médecin] Sûrement. Mais la fréquence de ces dangers a été très exagérée »<sup>90</sup>.

Si la controverse épidémiologique ne trouve pas de clôture, l'effet des revendications de la Ligue n'est pas négligeable puisque, le 18 avril 1975, le Parlement reconnaît le droit à la réparation du préjudice subi à toutes les victimes des vaccinations obligatoires en supprimant la distinction établie onze ans plus tôt entre « centre agréé » et « médecin traitant ».

La comparaison internationale n'est pas seulement utile pour nourrir les controverses épidémiologiques sur la dangerosité du vaccin antivariolique ; elle sert aussi de point

---

<sup>86</sup> « Abolir la vaccination antivariolique, pourquoi ? », *Libération*, 29 janvier 1975.

<sup>87</sup> « On a le droit de refuser un médicament, pourquoi pas un vaccin ? », *Libération*, 28 janvier 1975.

<sup>88</sup> « Aux termes d'un projet du gouvernement, la vaccination anti-variolique serait rendue facultative pour les enfants de moins de deux ans », *Le Monde*, 1<sup>er</sup> août 1977.

<sup>89</sup> Une telle demande est relatée par exemple début 1977 : « Pour y remédier, la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations propose une déclaration obligatoire par les médecins de tous les accidents et une enquête systématique par les services officiels concernés » (« La ligue pour la liberté des vaccinations demande des enquêtes systématiques sur tous les accidents », *Le Monde*, 26 janvier 1977).

<sup>90</sup> « Il faut admettre les vaccinations obligatoires. Un entretien avec le professeur Mandé, pédiatre à l'hôpital des enfants malades », *Témoignage Chrétien*, 23 juin 1977.

d'appui pour montrer l'inutilité de la politique française. En novembre 1974, la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations organise une conférence de presse avec le Professeur Dick, « expert et conseiller royal en matière d'épidémiologie en Grande-Bretagne », pour évoquer le choix britannique d'arrêt complet de la vaccination antivariolique. En s'appuyant sur son expertise, les adversaires de l'obligation vaccinale montrent l'absence de différence épidémiologique entre les deux pays, en dépit de situations réglementaires fort différentes :

« Depuis un demi-siècle, l'Angleterre est 'vaccinée' à 40 %, encore s'agit-il uniquement d'une primo-vaccination dans la petite enfance, sans rappel comme chez nous. Depuis 1947, date du retour à la liberté vaccinale complète, le taux est descendu entre 30 et 33 % ; pourtant, les Anglais sont en rapport constant avec l'Extrême-Orient, l'Inde et le Pakistan (foyers traditionnels de variole) ; ils n'ont pas eu plus d'épidémies »<sup>91</sup>.

À mesure que les années passent, la liste des pays « libéraux » ne cesse de s'allonger, donnant d'autant plus de poids aux arguments de la Ligue : « la Grande-Bretagne, les États-Unis et le Canada, dès 1972, et l'Allemagne, en 1975, ont condamné la vaccination antivariolique systématique »<sup>92</sup>. La position française est d'autant plus délicate que les autorités ont, à la même époque, renforcé les peines pour les contrevenants :

« À la lumière de ces constatations, on comprend très bien que de nombreux pays aient, bien tard il est vrai, abandonné et même déconseillé la vaccination contre la variole. Là où on ne comprend plus du tout, c'est qu'en France cette obligation soit maintenue et même renforcée par un décret de loi prévoyant des amendes et des peines de prison pour les contrevenants. D'autant plus que ce décret est paru en mai 1973, à l'époque où les autres pays 'libéralisaient' »<sup>93</sup>.

La position gouvernementale, très ferme sur la variole, entraîne une critique de plus en plus forte du maintien de l'obligation. Elle contraste tant avec d'autres pays comparables que certains évoquent la vaccination antivariolique comme « le Moyen-Âge », alors que certaines actions locales sont relayées dans la presse nationale :

« Annecy, chef lieu de la Haute-Savoie, 54 954 habitants, dont 400 hors la loi, 400 parias, dont le porte-parole déposait le 13 avril dernier sur le bureau du préfet du département, une déclaration où il annonçait officiellement leur décision de ne plus accepter désormais pour eux et leurs enfants, la vaccination anti-variolique, et demandaient l'abrogation 'immédiate' de son obligation »<sup>94</sup>.

À partir d'une interrogation sur les accidents vaccinaux, la vaccination antivariolique est clairement devenue le talon d'Achille du schéma vaccinal français, donnant aux arguments des opposants une portée jamais encore atteinte. En conséquence, la difficulté pour les responsables français de sortir du schéma de l'obligation permet une critique beaucoup plus générale de la vaccination, qui trouve un écho particulier dans la presse de gauche.

---

<sup>91</sup> Interview de F. Delarue dans « Abolir la vaccination antivariolique, pourquoi ? », *Libération*, 29 janvier 1975.

<sup>92</sup> Catherine Sokolsky, « Santé – Les incertitudes incertaines de la vaccination », *Politique Hebdo*, 13 mars 1977.

<sup>93</sup> *Ibidem*.

<sup>94</sup> Béatrice Vallaeys, « La vaccination obligatoire contre la variole c'est encore le Moyen-Âge. Un cas d'encéphalite sur 5000, un décès sur 8000 et un accident sur 500... À Annecy, 400 familles déposent à la préfecture une pétition contre la vaccination anti-variolique », *Libération*, 4 mai 1977.

### 2.3.3. Le maintien de l'obligation : vers une critique générale de la vaccination ?

Quel est l'effet de ces débats autour de la variole sur l'ensemble de la politique vaccinale ? On peut tout d'abord constater que la couverture vaccinale demeure relativement limitée dans les années 1970, à mesure que les menaces (poliomyélite, diphtérie, variole) s'éloignent. Qu'une épidémie de poliomyélite apparaisse, et on constate qu'un enfant sur deux n'est pas vacciné.

« Le retour de la polio. 22 cas depuis le début de l'année : une fillette de six ans est morte. Les médecins sont inquiets : un enfant sur deux n'est plus vacciné »<sup>95</sup>.

« Une enquête nationale révèle qu'à leur cinquième anniversaire, en 1976, 44 % n'étaient pas vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (les vaccins devraient être administrés à 3 mois, 5 mois, 7 mois) »<sup>96</sup>.

Cette faiblesse de la couverture continue à susciter la perplexité de certains promoteurs de la vaccination et, comme dans les années 1950, le particularisme français résiste à l'analyse :

« Les familles estiment que du moment où elles ont un moyen non dangereux de lutter contre une maladie, de prévenir une maladie, tout naturellement il faut l'employer. Cela paraît aller de soi, et pourtant en France, il n'en est pas ainsi »<sup>97</sup>.

Pour d'autres, la faible couverture des vaccins obligatoires doit maintenant être expliquée par l'action mobilisatrice des ligues, qui se manifeste par la généralisation des certificats médicaux :

« La vaccination ? 'Deux tiers des médecins font des certificats de complaisance'... 'Attitude inadmissible !'... 'Nous nageons en eau trouble'... Quel concert de constats désemparés, l'autre vendredi, au colloque sur les vaccinations, organisé à Clermont-Ferrand par la Société française de pathologie infectieuse »<sup>98</sup>.

Le mouvement semble d'importance puisque le Ministère de la Défense publie une circulaire cherchant à clarifier la situation des appelés lorsqu'ils doivent se soumettre aux vaccins obligatoires relevant de la population militaire :

« De plus en plus fréquemment, de jeunes recrues refusent les vaccinations légales et réglementaires en alléguant leur appartenance à des associations pour la liberté des vaccinations, ou leur intolérance vis-à-vis des produits vaccinaux, appuyant parfois leurs dires sur des certificats de vaccinations effectuées en milieu civil avant ou même après leur incorporation. Ainsi, est-il apparu opportun de préciser la conduite à tenir devant de telles éventualités et d'en déterminer les conséquences dans le domaine de l'aptitude à servir »<sup>99</sup>.

Le travail politique des opposants à la vaccination, en particulier dans la profession médicale, porte donc des fruits bien au-delà de la vaccination antivariolique. Il s'appuie désormais sur des arguments bien installés et répétés au cours des entretiens donnés à cette

---

<sup>95</sup> Raymond Lepoutre, « Le retour de la polio », *Le Matin*, 8 juin 1978.

<sup>96</sup> M. Franck, « Vaccinations : la grande querelle », *Le Point*, 12 juillet 1978.

<sup>97</sup> « Il faut admettre les vaccinations obligatoires. Un entretien avec le professeur Mande, pédiatre à l'hôpital des enfants malades », *Témoignage Chrétien*, 23 juin 1977.

<sup>98</sup> M. Franck, « Vaccinations : la grande querelle », *Le Point*, 12 juillet 1978.

<sup>99</sup> « Circulaire relative à la conduite à tenir à l'égard des militaires du contingent qui refusent d'être vaccinés ou présentent une contre-indication médicale à une ou plusieurs vaccinations », citée par Paul Kleivn : « 'Il est possible d'échapper aux vaccinations obligatoires' affirme la ligue pour la liberté des vaccinations », *Libération*, 13 avril 1977.

époque, en particulier par Fernand Delarue, président la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations. Deux formules se détachent particulièrement :

« ‘Nous ne sommes pas systématiquement contre toutes les vaccinations, nous sommes contre les vaccinations systématiques et obligatoires’ »<sup>100</sup>.

« ‘Comment le non vacciné serait-il un danger pour son entourage vacciné si la vaccination est efficace ?’ »<sup>101</sup>.

L’articulation du bon sens donné par le second argument et de la limitation du combat de la Ligue aux libertés individuelles fait apparaître ses oppositions comme exemptes d’idéologie. Pour F. Delarue, il n’y a pas à s’interroger sur les raisons de la mobilisation : elles relèvent soit de l’expérience personnelle (accidents vaccinaux), soit de la défense du libre arbitre, soit encore du simple constat épidémiologique et réglementaire. Par opposition, il présente les positions « vaccinalistes » comme relevant du dogme, de la foi, du « pouvoir médical »<sup>102</sup> refusant ce que l’on nommera plus tard la « démocratie sanitaire » :

« Je crois que l’immense majorité des médecins est tout à fait sincère. Mais ils croient à la vaccination comme à un dogme et toucher au dogme, c’est attaquer leur propre science. Pour eux, c’est une affaire qui doit se traiter entre médecins : où irions-nous si maintenant les usagers ou les malades se mettaient à contester la médecine, à donner leur mot dans une affaire qui ne les concerne pas ? »<sup>103</sup>.

Le même argument est repris par une autre intervenante régulière du débat sur les vaccinations, Catherine Sokolsky (dont nous retrouverons des articles sur le sujet en 2004) :

« Selon le docteur Pradal, l’inculture des médecins en matière de vaccinations et d’immunologie est quasi-totale. Mais en refusant toute remise en question de ce problème, en croyant, de bonne foi peut-être, mais sans aucune connaissance, au dogme sacrosaint des vaccins, ils font le jeu de ceux qui savent et font leur profit de l’ignorance du plus grand nombre »<sup>104</sup>.

Quelques années plus tard, les sociologues travaillant sur les vaccinations corroborent ces positions en soulignant combien l’évidence vaccinale est prégnante pour certains médecins et pour certaines familles :

« L’utilité de la vaccination est si évidente, si incontestable, que [les médecins] n’éprouvent pas le besoin de la justifier par des raisons précises, d’ordre médical. [...] Pour l’immense majorité des médecins, comme pour les mères de famille, la vaccination est une institution non ‘questionnable’, et les seuls choix qu’elle autorise sont relatifs à la marque des vaccins (Merieux ou Pasteur), aux techniques (buccal, bague, etc.), au calendrier à respecter »<sup>105</sup>.

---

<sup>100</sup> « Huit ans et sept recours pour obtenir une indemnité. Ceux que Simone Weil appelle les ‘irresponsables’ », *Libération*, 25 janvier 1977.

<sup>101</sup> « Médecine – La vaccination obligatoire a toujours des adversaires », *Le Monde*, 15 novembre 1973.

<sup>102</sup> Même si nous n’avons pas trouvé de références aux œuvres de Foucault et d’Illich, elles semblent marquer une partie des argumentaires de l’époque.

<sup>103</sup> Interview de Fernand Delarue dans « On a le droit de refuser un médicament, pourquoi pas un vaccin ? », *Libération*, 28 janvier 1975.

<sup>104</sup> « Vaccinations : un sujet tabou ? Réponse de Catherine Sokolsky aux nombreuses prises de position qui incriminaient sa première contribution sur la vaccination et un article rédigé par les militants de la rubrique Santé de la LCR », *Rouge*, 22-23 janvier 1977.

<sup>105</sup> Marenco & Govedarica (1982), pp. 170-171.

Mais Catherine Sokolsky ne se contente pas de ce constat. Symétrisant les figures développées auparavant à propos du mouvement anti-vaccinal, elle recherche des explications sociologiques pour comprendre l'entêtement des autorités et des médecins à vouloir vacciner à tour de bras :

« La réponse n'est pas à chercher, comme on le fait trop souvent, dans la seule ardeur propagandiste des vaccinalistes : car pour que cette propagande réussisse, encore fallait-il qu'elle tombe sur un terrain préparé. Ce terrain, c'était – et c'est encore – celui d'une société insatisfaite, aliénée, inquiète, en proie à toutes sortes d'agressions et de menaces, une société assiégée par les incertitudes, crispée dans le sentiment de sa précarité devant la maladie et la mort. Une société à l'affût de toutes les formes possibles de réconfort »<sup>106</sup>.

La spécificité française a désormais changé de camp : ce n'est plus la résistance à la vaccination qui est interrogée, mais le maintien de l'obligation vaccinale. Et la figure de la comparaison internationale devient d'autant plus forte que la France semble définitivement isolée :

« Si nous regardons ce qui se passe dans les pays voisins où le niveau de vie est égal au nôtre, nous constatons que nous sommes les seuls à connaître de telles contraintes. La Belgique n'impose qu'une vaccination antipolio (non exigée pour l'école), l'Italie demande l'antipolio et l'anti-diphtérique, l'Espagne l'antivaricelle. Par contre aucune vaccination n'est obligatoire en Suède, Norvège, Finlande, Pays-Bas, Allemagne Fédérale, Grande-Bretagne. Or le niveau sanitaire de ces pays est loin d'être inférieur au nôtre. Est-ce à dire que le Français est plus négligent que ses voisins et que seule l'obligation peut permettre de maintenir une couverture vaccinale convenable ? »<sup>107</sup>.

Comme on l'a dit, la présentation d'un tableau comparatif des obligations est un dispositif de preuve très utilisé par les opposants. Elle permet de montrer que les politiques vaccinales sont liées à des considérations sociales et politiques, non à des arguments épidémiologiques. Cela autorise un dévoilement des intérêts sociaux derrière l'apparente neutralité des choix scientifiques, élément central de la critique dans un contexte scientifique et technique<sup>108</sup>. Quels seraient ces intérêts cachés ? Ce sont d'abord les amitiés politiques qui sont pointées :

« [Journaliste] Les laboratoires dans cette affaire ? Peut-on parler de pressions politiques ?

[F. Delarue] 'Un des tout premiers C.D.R. (Comité de Défense de la République), de Lyon, a été fondé par le Docteur Mérieux. On lui doit bien quelque considération. [...] Mais il y a autre chose : côté faculté de médecine, il est absolument exclu qu'un médecin devienne patron, s'il n'est pas 'dans la ligne' ; de même pour les postes au service d'épidémiologie ou au ministère' »<sup>109</sup>.

Mais le Dr Mérieux n'est ici que le représentant du pouvoir des firmes qui seraient les principales productrices d'information scientifique, dès lors soumise au soupçon de la confusion des intérêts :

« 'L'obligation de subir nous donne le droit de savoir' (J. Rostand). Mais qui détient l'information ? Il faut bien reconnaître que celle-ci vient toujours de chercheurs qui

---

<sup>106</sup> Catherine Sokolsky, « Santé – Les incertitudes incertaines de la vaccination », *Politique Hebdo*, 13 mars 1977.

<sup>107</sup> Fernand Delarue, « Pour ou contre les vaccinations obligatoires ? », *Témoignage Chrétien*, 23 juin 1977.

<sup>108</sup> Voir, parmi une abondante littérature de sociologie des sciences, Latour (1984 ; (1995).

<sup>109</sup> « On a le droit de refuser un médicament, pourquoi pas un vaccin ? », *Libération*, 28 janvier 1975.

travaillent pour une firme qui vend des vaccins (Pasteur ou Mérieux en France). Ne sont-ils pas trop convaincus pour être objectifs ? »<sup>110</sup>.

La dénonciation des intérêts marchands ou des formes d'exploitation capitaliste est en phase avec la présence d'une extrême-gauche française relativement puissante à cette époque, qui produit de nombreux organes de presse (Rouge, Lutte ouvrière, Libération, Politique Hebdo). Une partie de cette presse est largement ouverte aux revendications de Fernand Delarue<sup>111</sup> et, lorsqu'il publie en 1977 aux éditions du Seuil un ouvrage intitulé *L'intoxication vaccinale*, c'est dans cette presse, et presque elle seule, que l'on évoque l'ouvrage – ce qui ne manquera pas d'être saisi par la cause anti-vaccinale :

« Il est des silences de différentes natures. Celui qui a accueilli la parution du livre de Fernand Delarue, 'L'intoxication vaccinale', dans l'ensemble de la presse française est un silence exceptionnel : ces silences-là, on ne les rencontre qu'en présence des grandes démythifications, celles qui vous coupent le souffle, celles qui vous piétinent les certitudes, celles qui vous pulvérisent les idées toutes faites. On supporte ou on ne supporte pas. Quand on ne supporte pas, on ignore »<sup>112</sup>.

Réécrivant l'ensemble de l'histoire vaccinale pour montrer l'absence d'efficacité des vaccins avec force courbes et tableaux, mais aussi « la manipulation des statistiques »<sup>113</sup> pratiquée par les promoteurs des vaccinations, Fernand Delarue pousse jusqu'au bout le combat anti-vaccinal. Il reçoit le soutien d'une partie de l'extrême-gauche sous la forme d'articles qui reprennent ses tableaux et interrogent la nécessité de la vaccination ou soulignent le caractère « mythique » de l'attribution de la fin des épidémies aux vaccins. Néanmoins, d'autres membres des mêmes courants et organes de presse critiquent ce soutien :

« Mais dans cette société, l'obscurantisme n'est pas l'apanage des classes les plus pauvres. La preuve en est que, dans des couches sociales qui ne sont pas – loin de là – les plus défavorisées culturellement, que parmi des gens qui se veulent par ailleurs des esprits avancés, on voit surgir, au nom d'une conception quasi religieuse de la 'nature' et des traitements 'naturels', des gens qui se font des adversaires acharnés de la vaccination et qui trouvent jusque dans l'extrême gauche des oreilles complaisantes »<sup>114</sup>.

En généralisant son combat à partir des accidents vaccinaux et de l'obligation antivariolique, la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations a réussi à mobiliser autour d'elle une partie de la gauche qui défend une science et une médecine libérées des carcans du pouvoir économique et médical. Mais cette représentation demeure minoritaire au sein même de la gauche française<sup>115</sup>, l'empêchant d'accéder à une plus vaste audience et à une représentation politique de poids, même avec l'alternance de 1981.

---

<sup>110</sup> Fernand Delarue, « Pour ou contre les vaccinations obligatoires ? », *Témoignage Chrétien*, 23 juin 1977.

<sup>111</sup> Toutefois, interrogé sur ses soutiens politiques, il évoque uniquement les « partis de gouvernement » : « L'attitude des partis politiques à leur égard ? Ils ont eu maintes fois la possibilité de l'analyser. 'Elle est la même en ce qui concerne le PC et la majorité, un peu plus ouverte cependant au PS, qui serait apparemment prêt à ne conserver l'obligation vaccinale que pour les maladies contagieuses (polyo [sic], diphtérie) sans mesures de rétorsion toutefois...' » (Béatrice Vallaeys, « La vaccination obligatoire contre la variole c'est encore le Moyen-Âge », *Libération*, 4 mai 1977).

<sup>112</sup> Pierre Clermont, « Vaccination : anatomie d'un mythe », *Politique Hebdo*, 5 décembre 1977.

<sup>113</sup> *Ibidem*.

<sup>114</sup> Anne Séville, « Vaccinations, culture et mysticisme », *Lutte ouvrière*, 27 novembre 1976.

<sup>115</sup> Sur les rapports entre projet politique de la gauche française et vision « moderniste » de la science voir Latour (1999).

Ainsi, bien que leur influence politique directe reste faible, les adversaires de l'obligation vaccinale ont gagné au cours des années 1970 une légitimité auprès de la population et d'une partie du corps médical. Comme au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'obligation constitue un motif de critique suffisamment partageable pour agréger des arguments éthiques et épidémiologiques et fonder des moyens détournés d'action (certificats de complaisance). Et la difficulté pour le schéma vaccinal français, dans ces années, de sortir de l'obligation vaccinale, permet de cristalliser des mobilisations auparavant plus dispersées. Dès lors que la sortie de l'obligation vaccinale antivariolique était envisagée (1978), puis promulguée (1984), l'intensité des mobilisations a fortement diminué.

**DEUXIÈME PARTIE**

**L'OBLIGATION VACCINALE**

**DANS LA FRANCE CONTEMPORAINE**



### 3. Les débats contemporains : de l'obligation à la dangerosité

Les années 1980 sont marquées par une banalisation de la vaccination sous un double rapport : d'une part, de nouveaux vaccins sont régulièrement produits ; d'autre part, ceux-ci ne sont pas rendus obligatoires mais sont simplement recommandés dans le calendrier vaccinal. Cependant, de grandes controverses nationales ou internationales se développent autour des accidents vaccinaux : l'association entre le vaccin anti-coquelucheux et des dommages cérébraux est discutée entre 1974 et 1988, l'association entre l'administration du ROR (le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole) et l'apparition de l'autisme est débattue en Angleterre à partir de 1997, et la désignation du vaccin contre l'hépatite B comme responsable de la survenance de scléroses en plaque en France survient dès 1996.

Ces trois affaires, au-delà de leurs particularités, marquent le déplacement contemporain des débats engageant les vaccins : de l'obligation comme privation des libertés publiques, ils s'orientent massivement vers la question des accidents vaccinaux, de leur surveillance et de leur indemnisation. Elles montrent aussi la capacité de mobilisation de victimes qui ne se centrent pas sur la condamnation du vaccin lui-même mais cherchent à faire reconnaître leur dommage.

#### 3.1. Oubli et résurgence de la question de l'obligation vaccinale

Si la focalisation sur les accidents vaccinaux est devenue si importante, c'est aussi parce que la question de l'obligation vaccinale a largement disparu de l'espace public. La fin de l'obligation anti-variologique a marqué un net recul des débats publics sur la vaccination, qui n'est pas relancée par l'apparition de nouvelles obligations en population générale, l'État français ayant adopté le modèle libéral défendu par la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations (LNPLV) à partir du début des années 1980.

##### 3.1.1. Une normalisation de la vaccination

Comme tout mouvement social, la Ligue est soumise à une fuite de ses membres lorsqu'une partie de ses revendications est entendue. La « violence vaccinale » n'a plus la même force et ne génère plus la même opposition que par le passé :

« Les accidents postvaccinaux, autrefois souvent dramatiques avec la vaccination anti-variologique, deviennent moins spectaculaires. Le principe de l'indemnisation des victimes semble acquis. Les chicanes administratives en cas de non-vaccination, si elles persistent, n'ont plus tout à fait le caractère 'totalitaire' du passé »<sup>1</sup>.

L'existence de nouvelles menaces épidémiques, en particulier le sida, ne fait plus apparaître le vaccin comme une survivance d'un passé plus sauvage mais comme une source d'espoir dans la prévention des maladies, d'autant qu'il s'agit maintenant de vaccins produits par génie génétique, preuve de leur modernité (« finie, la purée de bactéries »). Un siècle après Pasteur, le vaccin entre dans une nouvelle ère dont on attend qu'il remplisse les défis à venir<sup>2</sup>.

« Plus d'une douzaine d'agents infectieux sont déjà candidats pour un vaccin synthétique. Le vaccin anti-diptérique synthétique a fait ses preuves dans l'animal de laboratoire, les virus de la grippe et de la poliomyélite en sont au stade expérimental, et les recherches abondent sur des vaccins ayant pour but de protéger contre certaines maladies sexuellement

---

<sup>1</sup> Skomska-Geoffroy (1996).

<sup>2</sup> Voir par exemple Marc Girard, « Du vaccin vivant au génie génétique », *Le Monde*, 6 juin 1985.

transmissibles. Gonocoques, chlamydiées, streptocoques et autres germes barbares pouvant entraîner des infections graves chez la femme et son bébé, voire des stérilités définitives, peuplent le laboratoire du professeur Alouf, dans l'attente de devenir vaccins »<sup>3</sup>.

De plus, la légitimité de la Ligue a augmenté et sa capacité d'intervention en amont de la mise en place des vaccinations est réelle. Ainsi, lorsque Simone Veil, ministre de la Santé, envisage de rendre obligatoire la vaccination contre la rubéole pour protéger les femmes enceintes, les représentants de la Ligue lui suggèrent de pratiquer un test systématique plutôt que de vacciner. Et si de nouveaux vaccins apparaissent, ils sont désormais recommandés et non plus obligatoires. Ce changement est en général positivement salué par la presse, sans que cette transformation apparaisse comme directement imputable à la Ligue :

« On assiste par ailleurs depuis plusieurs années à une évolution de la stratégie vaccinale en France. A la notion 'd'obligation légale' se substituent celles d'incitation, d'information des intéressés : familles, médecin et professions de santé en général. Cela devait permettre, tout en respectant les libertés individuelles, d'adopter une politique vaccinale 'évolutive', beaucoup plus souple et susceptible d'être adaptée aux besoins particuliers de tel ou tel type de population. Par exemple, il est recommandé de vacciner vers huit-neuf mois contre la rougeole les enfants qui vont à la crèche, et de les revacciner après un an. Une obligation légale ne permettrait pas d'introduire ces nuances »<sup>4</sup>.

Ce modèle de l'information et de la liberté correspond précisément aux objectifs de la Ligue, aussi est-il plus difficile pour celle-ci de mobiliser contre les nouveaux vaccins, dont on vante la stabilité. Il appelle une nouvelle forme de rapport entre professionnels de santé, population et geste vaccinal. Il ne s'agit plus de vaincre la résistance des populations mais d'évaluer l'« acceptabilité » de la vaccination<sup>5</sup>. On peut mesurer le changement politique que cela demande si l'on observe, dans la pratique et à la même époque, le résultat d'un siècle d'« acte de foi » vaccinal :

« L'ignorance au sujet de la vaccination n'empêche absolument pas de manifester une adhésion complète à sa pratique : il n'y a pas de rapports entre ces deux champs d'attitudes (sauf dans le cas où la conviction est censée justifier l'ignorance). L'adhésion ne se fonde pas sur une information, un raisonnement, une décision, mais, à l'inverse pourrait-on dire, sur l'incapacité où se trouvent la plupart de mettre en question la vaccination des enfants, de s'interroger à son propos »<sup>6</sup>.

Si la théorie vaccinale ne doit pas être considérée comme connue ou acceptée, force est de constater que les pratiques ont peu à peu été formées par la volonté de vacciner, en particulier dans les milieux scolaires et paramédicaux. La vaccination est normalisée, banalisée, et est plus difficilement associée à la contrainte. Ainsi, lorsque le gouvernement lance une campagne de communication autour du ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole), le succès est massif, contrairement à ce qui se passait dans les décennies précédentes pour les « nouveaux vaccins » de l'époque :

« La campagne lancée par les pouvoirs publics en faveur de la promotion de la vaccination des enfants contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est particulièrement exemplaire puisqu'elle mise sur l'esprit de responsabilité des parents en suscitant chez eux une

---

<sup>3</sup> Laurence Olivieri, « L'essor des nouveaux vaccins. De Pasteur au génie génétique », *La Croix*, 13 février 1987

<sup>4</sup> Dr Monique Vigy, « Vaccins en promotion », *Le Figaro*, 8 septembre 1983.

<sup>5</sup> Pour une application de cette notion dans une étude de cas sur trois pays africains voir Levy-Bruhl *et al.* (1993).

<sup>6</sup> Marengo & Govedarica (1982), p. 83.

démarche réfléchie de prévention sanitaire afin de parvenir à l'objectif d'une couverture vaccinale de 90 p. 100 des enfants âgées de deux ans, d'ici à la fin de 1991, sans qu'il soit besoin de recourir à une obligation légale. Les premiers résultats enregistrés jusqu'ici sont très encourageants et donnent à penser que ce but sera atteint. Ainsi, la démonstration aura été faite qu'il est possible, à l'instar de la pratique d'autres pays de la Communauté économique européenne, de répondre à des exigences de santé publique, en l'absence de toute contrainte légale. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de demander au législateur d'imposer l'obligation de cette vaccination<sup>7</sup> ».

Si les mouvements anti-vaccinaux peuvent considérer que l'adoption massive de la vaccination n'est pas un libre choix mais passe par une pression répétée et l'intériorisation d'une contrainte sociale massive, il leur est délicat au début des années 90 de faire face au déplacement idéologique opéré par les pouvoirs publics. L'obligation vaccinale ne semble plus un enjeu pour les autorités sanitaires et l'exception française disparaît. Mais c'est du passé que va ressurgir la question de l'obligation vaccinale à travers la question du BCG. Première obligation « moderne », source du mouvement anti-vaccinal contemporain, elle ressurgit d'un certain oubli, à quarante ans de distance, pour constituer le lieu de l'affrontement sur la vaccination obligatoire à la fin du XX<sup>e</sup> siècle.

### 3.1.2. Une obligation tenace : attentes sur la fin du BCG

Dans cette configuration favorable à la vaccination, il est difficile de faire émerger des débats sur l'obligation vaccinale. Il faut attendre le début des années 1990 pour que la question réémerge peu à peu à propos du BCG. Dans un premier temps, ce sont les « alertes à la tuberculose » qui soulèvent la question de l'utilité et de l'efficacité du vaccin : comment comprendre la résurgence de la maladie alors que la population est supposée protégée par la vaccination ? On évoque l'influence de l'épidémie de sida et l'apparition des souches de Bacille de Koch (BK) multirésistantes dans de nombreux pays. La situation est suffisamment alarmante pour que l'OMS lance de nouveaux programmes de lutte et que le couple sida-tuberculose institue un nouveau vocabulaire épidémiologique : les maladies émergentes et réémergentes<sup>8</sup>. Dans ce nouveau contexte tuberculeux, le schéma français de lutte, fortement axée sur le vaccin, est menacé :

« C'est d'autant plus inquiétant que, souligne le Docteur Durieux, 'on ne peut pas inoculer le BCG aux séropositifs pour les prémunir contre la tuberculose, car il s'agit d'un vaccin à germes vivants', qui risque donc de faire plus de mal que de bien dans un système immunitaire affaibli. De toute façon, 'rien ne prouve que le BCG apporte la moindre protection contre la tuberculose chez les sidéens qui ont été vaccinés antérieurement à leur séropositivité' »<sup>9</sup>.

Si l'inefficacité ou la dangerosité du vaccin sont mises en avant, le nouveau contexte épidémique est aussi important pour la question de l'obligation vaccinale, parce qu'il permet de remettre en lumière l'importance du jugement médical pré-vaccinal et la recherche de facteurs contre-indiquant la vaccination :

« La liste des personnes soumises à la vaccination obligatoire par le BCG est fixée par l'article L. 215 du code de la santé publique. Il est précisé : 'sauf contre-indications médicales reconnues dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État'. Le texte prévoit qu'il revient au médecin vaccinateur d'apprécier la contre-indication à la

---

<sup>7</sup> Réponse du Ministère de la Santé à la question écrite no 38441 du 28 janvier du député Marc Dolez (socialiste), *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 8 avril 1991.

<sup>8</sup> Grmek (1993).

<sup>9</sup> Fabien Gruhier, « Alerte à la tuberculose », *Le Nouvel Observateur*, 25 février 1993.

vaccination, lorsque la pathologie en cause n'y est pas expressément mentionnée. La vaccination par le BCG est contre-indiquée chez les personnes présentant une séropositivité pour le VIH en raison du risque de BCGite qu'elle peut entraîner ; aussi, avant de pratiquer un BCG, le médecin doit rechercher chez le patient des facteurs de risque d'exposition au virus et, au besoin, lui proposer un examen sérologique »<sup>10</sup>.

Alors que l'État avait cherché à lutter contre l'étendue des certificats médicaux de contre-indication, l'épidémie de sida lève l'évidence du geste vaccinal pour le BCG, en particulier dans certains milieux scolaires et professionnels. Cette évidence va être encore plus fortement bousculée par la publication de recommandations de l'OMS en 1995 : même si l'organisme international insiste sur la nécessité de vacciner en cas de forte prévalence de la tuberculose, il condamne fermement les pratiques de revaccination, si présentes dans l'univers français.

« Il convient de mettre fin à la pratique qui consiste à fonder la décision de revacciner un sujet par le BCG sur la réaction cutanée à la tuberculine. Chez les sujets vaccinés par le BCG, la revaccination n'est pas recommandée et aucun résultat scientifique ne confirme l'utilité de cette pratique. Les revaccinations multiples ne sont jamais indiquées »<sup>11</sup>.

La situation du BCG commence alors à ressembler à celle de la variole au milieu des années 1970 avec un décalage entre le discours des autorités sanitaires internationales et les mesures réglementaires françaises. Ce décalage va entraîner des interrogations dans la presse<sup>12</sup> et une réflexion sur le devenir du schéma français, dont on trouve les traces dans différentes publications administratives et scientifiques. Ainsi, une première synthèse issue d'un groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France est publiée en 1997 dans le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*<sup>13</sup>, reprenant les conclusions de l'OMS et critiquant le système d'administration des vaccins par multipuncture, largement dominant en France. Ces avis ne passent pas inaperçus et sont rapidement diffusés par les organisations antivaccinales qui en font l'une de leurs priorités. Le résultat de cette action commence à se faire sentir, par exemple par le biais de questions parlementaires :

« Certaines associations, documents de l'OMS à l'appui, émettent en effet les plus grandes réserves sur l'utilité de certains vaccins tels que le BCG. Ce dernier est en effet contesté, tout comme l'obligation, lors de l'inscription à l'ANPE, d'être à jour de vaccination. Il lui demande s'il envisage de proposer une évolution de la législation en la matière en supprimant le caractère obligatoire de la vaccination »<sup>14</sup>.

En s'appuyant alors sur des critères internationaux, et tout en rappelant que l'efficacité du BCG, « bien que controversée », est démontrée, les pouvoirs publics insistent sur la persistance de la menace que représente la tuberculose, sur la bonne tolérance du vaccin et sur son acceptation, trois bonnes raisons de ne pas modifier le schéma vaccinal.

---

<sup>10</sup> Réponse du Ministère de la Santé à la question écrite no 2151 du 14 juin 1993 du Député Serge Janquin, Socialiste, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 29 novembre 1993.

<sup>11</sup> Programme mondial de lutte contre la tuberculose et programme mondial des vaccins, « Déclaration sur la revaccination par le BCG pour la prévention de la tuberculose », *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, vol. 70, 1995, pp. 229–231.

<sup>12</sup> « En France, malgré la vaccination obligatoire par le BCG, la tuberculose n'a pas disparu : en 1995, on a déploré 9 000 nouveaux cas et 900 décès », Elisabeth Auvillain, *La Croix*, 3 avril 1998.

<sup>13</sup> « Tuberculose : traitement et prévention. Synthèse et recommandations des groupes de travail du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France (1995-1996) », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, janvier 1997.

<sup>14</sup> Question écrite n° 7628 du 15 décembre 1997 de DELNATTE Patrick Delnatte, Rassemblement pour la République, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 1 février 1999.

En dépit de ce premier échec, le BCG continue à être un point central de la mobilisation des associations sur la question de l'obligation<sup>15</sup>. Et ce d'autant plus que la consolidation du Code de Santé Publique fait apparaître la dureté des sanctions applicables aux récalcitrants du BCG<sup>16</sup>.

Parallèlement à cette mobilisation, le travail d'évaluation de la politique vaccinale continue. Et c'est lorsque le nouvel Institut de Veille Sanitaire s'empare du dossier que l'obligation vaccinale devient le plus fragile. Son rapport, publié à l'été 2001, quantifie l'efficacité du BCG et propose des scénarii alternatifs à la vaccination obligatoire :

« Concernant la revaccination : Les estimations du nombre de méningites et miliaires tuberculeuses évitées en France par la revaccination sont en faveur d'un impact, dans la situation épidémiologique actuelle de la tuberculose, pratiquement nul. Même dans l'hypothèse hautement improbable d'une combinaison d'une efficacité globale du BCG de 50 % contre l'ensemble des formes de tuberculose et d'une efficacité de deux doses de BCG de 70 %, seuls une dizaine de cas de tuberculose (toutes formes confondues) additionnels serait induit (chaque année) par la cessation de la revaccination.

Concernant la vaccination : au plan national, le nombre de cas de tuberculose évités actuellement chaque année par le BCG se situe entre moins d'une dizaine, dans l'hypothèse la plus défavorable au vaccin envisagée (efficacité du BCG de 70 % limitée aux formes extra-pulmonaires de l'enfant de moins de six ans) à plus de 250 dans l'hypothèse la plus favorable au vaccin envisagée (efficacité du BCG de 50 % dans la prévention de l'ensemble des cas de tuberculose de l'enfant de moins de 15 ans). Cependant les données de la littérature plaident en faveur d'un pouvoir protecteur réel du BCG proche de la première hypothèse (efficacité limitée à la prévention des miliaires et méningites du jeune enfant) »<sup>17</sup>.

En adoptant une approche strictement épidémiologique conforme à son statut, l'Institut de Veille Sanitaire souligne donc l'intérêt tout relatif de la vaccination obligatoire telle qu'elle est pratiquée en France, dans le contexte tuberculeux du début des années 2000. Alors que les mouvements anti-vaccinaux s'appuyaient principalement sur une expertise et une réglementation internationales pour souligner la singularité de la pratique du BCG en France, l'Institut, organisme d'État officiel, leur fournit des arguments de poids, relançant le dossier de l'obligation. Certains journalistes relient cette nouvelle position aux objectifs du mouvement anti-vaccinal :

« Les 'anti-vaccin' vont-ils gagner une de leurs batailles ? Obligatoire en France pour l'entrée des enfants en collectivité (crèche, école), le BCG pourrait être remis au rang des vaccins inefficaces. Suite à la parution d'un rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur la situation épidémiologique de la tuberculose en France, il semble aujourd'hui possible 'd'envisager la remise en question de la vaccination généralisée chez l'enfant'. Abandonnée depuis longtemps déjà par certains pays d'Europe, totalement ignorée aux Etats-Unis, la vaccination contre la tuberculose souffre d'une efficacité réduite pour des effets secondaires certes rares mais graves. Pour l'Invs, 'la restriction de la vaccination à des groupes à risque semble constituer un compromis satisfaisant. Mais, dans tous les cas, des analyses supplémentaires seraient utiles au processus décisionnel'. En attendant cette décision, vos enfants ne pourront y échapper ! »<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> Voir par exemple ALIS : Motion des délégués régionaux, 1998.

<sup>16</sup> On y reviendra à la 4<sup>e</sup> section, en décrivant les modalités d'action des associations.

<sup>17</sup> Conclusions du rapport reprises dans D. Levy-Bruhl, « Quelle place pour le BCG en France ? », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 9, n°1, janvier 2002, pp. 1-3.

<sup>18</sup> « La fin du BCG ? », *Doctissimo*, 21 septembre 2001 voir <http://news.doctissimo.fr/article357.html>.

Le rapport de l'InVS agrandit encore l'écart entre les recommandations scientifiques et la politique vaccinale française. Cet écart est d'autant plus criant que la double nature d'organisme scientifique indépendant et d'institution sous tutelle publique donne du poids au verdict de l'InVS tout en ne transformant pas immédiatement son constat en politique effective<sup>19</sup>. Les précautions prises par les experts de l'Institut sur la mise en œuvre concrète des politiques alternatives et la nécessité d'un engagement important dans la surveillance de la tuberculose disparaissent lorsque leurs conclusions parviennent dans d'autres espaces. C'est le cas lorsque le BCG ressurgit dans l'espace parlementaire sous la forme de propositions d'amendements. On retrouve ces mêmes éléments pour les questions écrites posées au Gouvernement suscitées par une association anti-vaccinale, mettant en parallèle la rigueur de l'obligation et sa faible justification scientifique :

« Certes, nous comprenons qu'il est difficile pour la France, pays du BCG, de sortir de cette vaccination, de sa routine ainsi que des symboles qu'elle véhicule. Nous souhaitons que les autorités comprennent que des familles veulent éviter de faire prendre à leurs enfants des risques inutiles liés à cette vaccination. Ces familles admettent difficilement que cette vaccination, ouvertement contestée par des experts internationaux, et cela au plus haut niveau, puisse être exigée, avec menace d'exclusion scolaire comme cela se produit encore de nos jours. Ces familles admettent très difficilement que leurs députés, pourtant informés de ces données, et en particulier par notre association (en témoignent 80 questions écrites posées au gouvernement depuis septembre 2000) aient pu voter une telle loi. Aussi, les délégués d'ALIS demandent aux autorités que des dispositions soient prises pour arrêter les pressions exercées sur les personnes ou les familles qui refusent la vaccination BCG, que ce soit pour eux-mêmes ou leurs enfants »<sup>20</sup>.

La circulation des énoncés de l'InVS et du *BEH* donne des prises importantes au mouvement anti-vaccinal, qui les cite comme preuves à l'appui de leur revendication pour la liberté vaccinale :

« Le BCG donne l'illusion que tout est fait pour prévenir la tuberculose. On peut espérer que l'abandon de la vaccination généralisée permettra d'impulser une attitude active de lutte »<sup>21</sup>.

Mais les publications épidémiologiques créent aussi une attente relayée par des médias généralistes ou professionnels qui donnent un message ambigu : la vaccination va bientôt disparaître, mais aujourd'hui elle demeure toujours très importante. Les textes réglementaires faisant disparaître l'obligation de revaccination paraissent à l'été 2004, dix ans après le plan OMS contre la tuberculose. Comme dans d'autres dossiers, cette transformation peut être considérée comme ajustant à la marge la politique vaccinale ou comme un premier pas vers la disparition de l'obligation<sup>22</sup>. La question de la revaccination étant déjà considérée comme réglée, les dispositifs d'expertise et de production scientifiques se multiplient autour de la primovaccination (Expertise collective INSERM en 2004) et ne passent pas inaperçues :

« Pour faire suite à ce changement à 180° et l'effondrement du mythe vaccinal qui va suivre, la DGS, direction générale de la santé, se trouve dans l'obligation de plancher sur les

---

<sup>19</sup> Sur les nouveautés introduites par le système d'agences sanitaires voir Besançon (2004)

<sup>20</sup> ALIS, Motion des délégués 2003, <http://alis.france.free.fr/fr/motion2003.htm>

<sup>21</sup> Elisabeth Bouvet, « Lutte contre la tuberculose : faut-il changer de politique ? », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°13, 2003, pp. 10-11.

<sup>22</sup> Il faut ajouter que la confusion entre vaccination et revaccination apparaît parfois comme dans la Question écrite no 9134 du 23 décembre 2002 du Député Laurent Hénart et la réponse du Ministre de la Santé, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 20 février 2003.

conséquences d'une telle décision. Lu à ce propos dans le *Moniteur des Pharmacies* n°2474 du 25 janvier 2003, page 12 : 'La DGS a lancé un appel d'offres auprès des sociétés / associations de juristes pour évaluer les conséquences juridiques et éthiques d'une abrogation des obligations de vaccination, et pour imaginer des scénarios juridiques suppléant une telle abrogation'. La 'copie' devrait être rendue en novembre et une décision définitive d'abrogation du BCG dans les mois qui suivent. Avec ces sources parlementaires et médicales 'sûres', cela revient à anéantir un mythe de but en blanc. L'idée qu'un vaccin devienne inutile et disparaisse est un coup mortel porté à l'édifice vaccinal... »<sup>23</sup>.

L'articulation entre le dossier spécifique du BCG et l'ensemble des vaccinations s'opère d'autant plus facilement que le Bacille de Calmette-Guérin est une production nationale qui symbolise la France pasteurienne. La lenteur des procédures d'expertise et de décision publique pourrait laisser place à la critique et à la dénonciation, mais le ton du côté des associations et militants est plutôt réjoui : « le fruit est mûr », « le BCG va tomber ». La fin éventuelle de l'obligation du BCG ne doit pas occulter le fait que si l'on débat des vaccins aujourd'hui, c'est principalement à propos des accidents vaccinaux, devenus un problème de santé publique à l'impact politique et social certain depuis le milieu des années 90.

### **3.2. Des vaccins toujours suspects**

Depuis le début de l'histoire vaccinale, les vaccins ont toujours été suspectés de provoquer la maladie, voire la mort, plutôt que de protéger contre une épidémie imminente ou plus lointaine. On a vu dans la partie historique de ce rapport que le vaccin contre la variole, le BCG ou la polio ont connu leurs « grandes affaires » ponctuées par des procès. Mais si la suspicion n'a jamais vraiment cessé, elle prend désormais une forme différente, plus latente, avec le maintien dans la durée de controverses autour d'une vaccination spécifique et d'un effet délétère associé, sans qu'il soit possible de trancher rapidement.

#### **3.2.1. De l'importance des mobilisations autour des vaccins**

La première controverse de ce type est sans doute celle qui toucha la Grande-Bretagne dans les années 1970 et 1980 à propos du vaccin anti-coquelucheux. En 1974, la publication d'une série de cas souleva la question du rapprochement entre la vaccination et des dommages cérébraux résultant en des morts subites de jeunes enfants<sup>24</sup>. Rapidement, des rapprochements furent faits avec d'autres cas d'enfants handicapés mentaux et se créa un groupe de parents de victimes : l'Association of Parents of Vaccine-Damaged Children. En dépit des assurances du gouvernement, la couverture vaccinale chuta de 77 à 33% et en 1977, une première vague épidémique toucha la Grande-Bretagne avec un nombre très important de cas, mais une mortalité relativement faible.

Cela ne suffit pas pour rétablir l'image du vaccin, les médecins généralistes étant divisés sur ses effets et cherchant à exclure nombre d'enfants présentant des « facteurs de risque ». De plus, une figure médicale, le Dr Gordon Steward, structura la polémique en publiant des séries de cas, en critiquant publiquement le comité d'experts officiels et en soutenant l'action des victimes. Face à l'ampleur des débats, le gouvernement mit en place deux procédures d'évaluation parallèles : d'une part, l'examen des dossiers des victimes au cas par cas ; d'autre part, la constitution d'une gigantesque étude cas-témoins. Publiée en 1982,

---

<sup>23</sup> Message sous plusieurs signatures que l'on trouve sur des forums consacrés à la vaccination, par exemple Medito ou Doctissimo. Pour une étude sociologique de ces forums, voir Convert & Demailly (2003).

<sup>24</sup> Sur cette controverse voir Jeffrey P. Baker, « The pertussis vaccine controversy in Great Britain, 1974–1986 », *Vaccine*, Vol. 21, 2003, pp. 4003–4010.

cette dernière concluait à une faible augmentation du risque neurologique par la vaccination. Rassuré par cette étude, le gouvernement lança une grande campagne de vaccination, soulignant la menace de coqueluche et montrant publiquement la vaccination de la fille du ministre de la santé<sup>25</sup>.

Les opposants à la vaccination dénoncèrent une « campagne de terreur » injustifiée. Mais ils se mobilisèrent surtout sur l'adoption d'un programme d'indemnisation des victimes, finalement adopté sous une forme minimale en 1979. Le changement de gouvernement les amène à plaider en justice, et leurs tracasseries judiciaires sont largement décrits dans la presse alors que reprend la campagne de vaccination. Conformément au dispositif judiciaire, c'est à partir de cas que les tribunaux commencent à juger les dossiers en 1986, déboutant un par un les parents, faute de preuve.

Cependant, la polémique rebondit dans plusieurs pays, en particulier aux États-Unis, avec un processus similaire à celui qui a eu lieu en Grande-Bretagne et l'adoption d'un programme d'indemnisation des accidents vaccinaux en 1986<sup>26</sup>. La possibilité de structuration institutionnelle (épidémiologie, système d'indemnisation, jurisprudence) soulevée par ces affaires est importante, et constitue un levier pour les revendications des mouvements anti-vaccinaux.

On en a la confirmation lors de la survenue d'une seconde controverse, portant sur le ROR accusé de déclencher l'autisme de jeunes enfants et jouant d'une certaine façon la même partition que la première à partir de 1997<sup>27</sup>. Ainsi, on voit apparaître une association de victimes, la couverture vaccinale baisse, même si la chute est bien moins importante que pour le vaccin anti-coquelucheux en raison de la possibilité de remplacer le ROR soupçonné par trois injections simples. Les souffrances des parents de victimes sont largement exposées dans la presse, le fonds d'indemnisation de 1979 est étendu entre 2000 et 2002, et les professionnels de santé britannique doutent de l'innocuité du vaccin triple<sup>28</sup>.

La polémique sur la vaccination contre l'hépatite B va connaître à la même époque un développement spectaculaire en France. Nous n'allons pas décrire en détail les différents rebondissements de l'affaire, que nous estimons connus du lecteur, mais nous concentrer sur l'effet des mobilisations autour de ce vaccin sur la politique vaccinale et la prise en charge des victimes. Rappelons simplement que, suite aux recommandations de l'OMS publiées en 1991, la France lance une campagne de vaccination contre l'hépatite B à partir de 1994. Cette campagne s'accompagne d'une très vaste information des populations et connaît un succès certain, allant bien au-delà des cibles visées par l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. Cette campagne est rétrospectivement critiquée, même par les fervents promoteur de la vaccination<sup>29</sup>, mais surtout par ceux qui chercheront à pointer les responsabilités de l'État et des laboratoires :

---

<sup>25</sup> Sur l'importance de la preuve donnée par l'engagement direct au corps à corps avec les choses, voir Bessy & Chateauraynaud (1995). Sur l'importance des questions posées aux responsables politiques et aux experts sur la consommation alimentaire dans le cas de l'ESB voir Boltanski *et al.* (1996).

<sup>26</sup> Même si quelques cas de morts d'enfants suspectes ont brièvement inquiété en France en 1986, notre pays n'a pas été directement touché par ces polémiques.

<sup>27</sup> Angus Nicoll, David Elliman et Euan Ross, « MMR vaccination and autism 1998 Déjà vu---pertussis and brain damage 1974 ? », *British Medical Journal*, vol. 316, 7 Mars 1998, pp. 715-716.

<sup>28</sup> Hobson-West (2003).

<sup>29</sup> Par exemple : « Néanmoins, la promotion de cette vaccination pouvait paraître excessive : elle évoquait parfois une véritable campagne publicitaire et débordait largement les cibles recommandées. 25 millions de

« Prenons une patiente qui attend sa consultation et feuillette l'une des petites brochures au titre accrocheur : 'Hépatite B/Sida, même combat'. Que lit-elle ? 'Le virus de l'hépatite B est cent fois plus contagieux que le sida, il tue plus de personnes en un jour que le sida en un an, soit deux millions de décès par an dans le monde. C'est la deuxième cause de cancer après le tabac. Il se transmet par voie sexuelle, le sang, se trouve dans la sueur, la salive et les larmes'. Hétérosexuelle, elle pensait ne rien risquer avec ses préservatifs. La salive ! La sueur ! Elle entame la lecture du chapitre 'Mon copain a une hépatite' : 'Une personne atteinte d'hépatite B peut contaminer sans le savoir son entourage professionnel, sa famille, ses amis (...). Le virus est extrêmement résistant puisqu'il peut survivre plusieurs semaines dans le milieu extérieur'. Elle se souvient avoir bu dans le verre d'un ami.

Heureusement un vaccin existe, commercialisé par les laboratoires SmithKline-Beecham, auteurs de ce dépliant tiré à plusieurs centaines de milliers d'exemplaires et édité avec la mention 'Offert par votre médecin'. Pasteur-MérieuxMSD, le concurrent, n'est pas en reste et diffuse ses propres publicités, dont une, impressionnante, où des enfants rient à gorge déployée avec, en accroche, 'la salive est un important vecteur de contamination' »<sup>30</sup>.

L'exagération de la menace épidémique est un thème récurrent des mouvements anti-vaccinaux et est en général accompagné d'une dénonciation de l'intérêt des laboratoires. Ainsi Fernand Delarue dénonçait-il déjà le rôle de l'Institut Pasteur dans l'établissement des données à disposition des parlementaires lorsqu'ils instituèrent la vaccination obligatoire du BCG en 1950<sup>31</sup>.

Les premiers effets neurologiques indésirables sont rapidement repérés durant l'année 1994 et discutés par la commission nationale de pharmacovigilance. En 1996, les premiers cas de sclérose en plaques sont rapportés, entraînant une première mobilisation et le lancement d'une enquête par l'Agence du Médicament. Se mettent alors en place l'ensemble des éléments qui vont ensuite être largement exposés au public : tracs anti-vaccinaux, inquiétude de certains médecins, premières demandes d'indemnisation<sup>32</sup>.

Le fait que les associations anti-vaccinales se mobilisent n'apporte pas de sérieux particulier à l'alerte donnée, bien au contraire : le vaccin contre l'hépatite B apparaît alors comme un de leurs combats, parmi d'autres, sans spécificité particulière. En revanche, la mobilisation d'autres groupes à partir de 1997 marque la transformation du dossier, avec la création du REVAHB (Réseau Vaccin Hépatite B, association de victimes) et l'anticipation de l'attribution de responsabilité :

« Le 13 mai 1997, le SNICS, principal syndicat d'infirmières scolaires, envoie une lettre angoissée à François Bayrou : 'Un grand nombre d'infirmières s'interrogent sur le bien-fondé de cette vaste campagne de vaccination, d'autant qu'elle constitue une première en matière de primo-immunisation de masse et par conséquent sans recul. Cela ne permet donc pas de procéder à une évaluation ni des risques encourus par la vaccination ni de la couverture apportée par le protocole vaccinal utilisé. (...) Des avis très différents, exprimés par des personnalités médicales, nous conduisent à vous demander de porter une très grande vigilance sur tous les problèmes évoqués, voire de rompre la convention [avec PasteurMérieux-MSD]'. [...] 'Nous ne voudrions surtout pas cautionner un scandale tel que

---

personnes, soit plus d'un tiers de la population française, se sont fait vacciner ! », Jacques Drucker, *Les détectives de la santé*, Paris, Nil, 2002, p. 200.

<sup>30</sup> Eric Giacometti, *La Santé publique en otage. Les scandales du vaccin contre l'hépatite B*, Paris, Albin Michel, 2001.

<sup>31</sup> Fernand Delarue, *L'intoxication vaccinale*, Paris, Seuil, 1977, pp. 140-142.

<sup>32</sup> voir le compte-rendu de la réunion du 15 novembre 1996 du Comité technique des vaccinations.

celui du sang contaminé ou encore celui des hormones de croissance qui pourrait survenir dans les années à venir »<sup>33</sup>.

C'est le début du cadrage des accidents vaccinaux comme « scandale médical ». Cette opération de rapprochement est également très clairement explicitée dans l'article du Parisien du 21 janvier 1998 qui lance véritablement la polémique publique sur la vaccination. S'ouvre alors une période de forte incertitude sur le nombre de cas recensés et le lien avec la vaccination, et le début d'une collaboration entre REVAHB et l'Agence du Médicament. Adoptant un cadrage sanitaire, les associations anti-vaccinales utilisent le levier du dossier hépatite B pour relancer leurs campagnes et trouvent une nouvelle légitimité en étant, rétrospectivement, créditées du rôle de lanceur d'alerte. Après six mois d'intense polémique, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, annonce le 1<sup>er</sup> octobre 1998, la suspension de la vaccination au collège mais maintient la recommandation de vaccination des nourrissons.

Loin de calmer la polémique, cette décision entraîne une critique de l'OMS qui affirme l'absence de justification scientifique de la décision et craint la baisse de la couverture vaccinale qui ne manque pas de survenir<sup>34</sup>. C'est la première action décisive publiquement attribuable, au moins en partie, aux mouvements anti-vaccinaux depuis plus de quinze ans. Une seconde suit en 2000 avec une première indemnisation de victimes par le système mis en place en 1975, en dépit du maintien de l'incertitude sur le lien de causalité entre le vaccin et les symptômes neurologiques :

« Dans le cadre de cette procédure, le ministère de la santé a indemnisé 14 patients, dont 8 tout récemment sur la base d'un lien entre la vaccination hépatite B et des troubles observés de nature rhumatologique ou neurologique. Cette décision a été prise dans l'intérêt des malades, les experts chargés de réévaluer régulièrement le profil de sécurité d'emploi des vaccins contre l'hépatite B n'ayant pu conclure à l'existence d'une association entre cette vaccination et la survenue d'une sclérose en plaque ou d'affections auto-immunes, sans toutefois pouvoir exclure un risque faible de lien entre l'un et l'autre. Ces décisions ne remettaient pas en cause l'évaluation du bénéfice risques du vaccin contre l'hépatite B et les recommandations du ministère de la santé en matière de politique vaccinale »<sup>35</sup>.

L'extension du système d'indemnisation se poursuit avec l'adoption d'une proposition provenant du médiateur de la République, qui vise à ajouter aux personnels hospitaliers « obligés » de se vacciner ceux pour qui seule la « forte recommandation » avait été émise à partir de la circulaire du 15 juin 1982. Pour la première fois, la barrière entre deux régimes légaux très différents est franchie par le système d'indemnisation français. Ce n'est pas pour autant la voie ouverte à l'ensemble des victimes puisque « l'extension du dispositif existant aux personnes victimes d'un préjudice lié à une vaccination non obligatoire n'est pas actuellement prévue »<sup>36</sup>. Ainsi, par le biais de l'indemnisation, on retrouve la question de l'obligation.

À partir de l'analyse des exemples historiques et contemporains on peut effectuer un bilan de l'efficacité des mouvements anti-vaccinaux. On constate que leur combat contre la

---

<sup>33</sup> Cité par Eric Giacometti, *La Santé publique en otage, op. cit.*

<sup>34</sup> OMS, No scientific justification to suspend Hepatitis B immunization, 2 octobre 1998.

<sup>35</sup> Réponse du Secrétariat d'Etat à la Santé à la Question écrite no 12973 du 13 avril 1998 du député Paul Quilès, Socialiste, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 30 octobre 2000.

<sup>36</sup> Réponse du Secrétariat d'Etat à la Santé à la Question écrite no 09036 du 18 septembre 2003 de la Députée Françoise Henneron, Union pour un Mouvement Populaire, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 1<sup>er</sup> avril 2004.

vaccination antivariolique a progressivement suscité des changements législatifs, dans les pays anglo-saxons et nordiques d'abord et, plus tardivement, dans les pays du Sud de l'Europe. Par ailleurs leur action quotidienne, moins visible mais continue, a permis d'échapper à l'obligation vaccinale par divers moyens. Ils ont aussi permis la prise en compte des victimes par la mise en place de système d'indemnisation.

« Un article récent paru dans *The Lancet* (31 janvier 1998, vol. 351) rendait hommage aux mouvements 'anti-vaccinalistes' en reconnaissant que c'était grâce à eux que les laboratoires avaient été menés à 'améliorer' les vaccins, que les gouvernements avaient voté des lois d'indemnisation aux victimes et que le corps médical s'était enfin préoccupé de la surveillance des effets indésirables des vaccins »<sup>37</sup>.

Mais qu'en est-il de l'action plus directe sur la couverture vaccinale? L'article cité ci-dessus<sup>38</sup>, portant sur la coqueluche insiste sur l'importance des mouvements dans la diminution de la couverture vaccinale, et, parallèlement, sur la prévalence différentielle de la coqueluche au plan international suivant l'intensité de la mobilisation. Cette efficacité (positive ou négative) reconnue aux associations montre l'importance des alertes portant sur les accidents vaccinaux comme levier d'action, et dont le pouvoir de mobilisation est particulièrement important dans la France de la fin de années 90.

### **3.2.2. Un cadrage strictement sanitaire : les accidents vaccinaux comme point focal**

Si en Grande-Bretagne la focalisation sur les accidents vaccinaux se comprend par la disparition très ancienne de l'obligation, la situation française est fort différente. La critique vaccinale des années 1970, très bien représentée par le livre de Fernand Delarue, s'associe à d'autres causes politiques à travers la critique du pouvoir médical<sup>39</sup>.

Vingt ans plus tard, les modalités de cadrage du dossier sont très différentes. Les militants vont s'emparer des représentations de l'Etat, du marché et de la santé formées par l'affaire du sang contaminé, qui fait du « scandale médical » un objet légitime dans l'espace public<sup>40</sup> et leur permet d'interpeller les autorités sanitaires autour des accidents vaccinaux, en particulier pour le vaccin contre l'hépatite B :

« Monsieur le Secrétaire d'État et confrère, en ne tirant pas les leçons du 'procès' du sang contaminé, les propos que vous auriez tenus au Forum RMC-Figaro traduisent l'emprise et l'arrogance des lobbies financiers sur notre politique de santé publique dont vous avez, en d'autres temps, dénoncé les abus.

Votre sens de l'éthique ne peut accepter de minimiser les nombreuses complications secondaires du vaccin hépatite B et les réduire aux seules scléroses en plaques et polyarthrites ! Vous n'ignorez pas que 16 000 personnes ont été hospitalisées aux USA entre 1991 et 1996 pour des complications de ce vaccin ! »<sup>41</sup>.

---

<sup>37</sup> Sylvie Simon, *Vaccinations l'overdose – Désinformation, scandales financiers, imposture scientifique*, Déjà, 2002.

<sup>38</sup> Pour une analyse sur le cas de la coqueluche voir Gangarosa, REJ ; Galazka, AM ; Wolfe, CR ; Phillips, LM ; Gangarosa, RE ; Miller, E & Chen., RT , "Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story", *The Lancet*, vol.351, n°9099, 31 Janvier 1998, pp. 356-361.

<sup>39</sup> Le livre de Fernand Delarue est d'ailleurs publié dans la même collection que le traduction française de l'ouvrage d'Ivan Illich : *Némésis médicale : l'expropriation de la santé* (Seuil, coll. Techno-Critique, 1975).

<sup>40</sup> Sur les transformations du champ journalistique associées à ce processus voir Champagne & Marchetti (1994).

<sup>41</sup> Marc Vercoutère, Collectif National Santé Responsable : Lettre à Bernard Kouchner, avril 1999.

On retrouve dans ces écrits les formules typiques du récit du scandale médical : la mise en cause des pouvoirs publics dans leur gestion (« responsable mais pas coupable »), la constitution de séries d'affaires marquantes (« après le sang contaminé et la vache folle, l'hépatite B ». Le procès, et particulièrement le procès pénal, devient alors un des objectifs vers lesquels s'orientent les acteurs afin de faire acter la dangerosité du vaccin, ainsi que la responsabilité du fabricant, voire de l'État. Dans ce cadre, l'anticipation des victimes et l'anticipation des procès constituent un double ressort essentiel dans la motivation des acteurs, que ce soit sous une forme explicitée par eux-mêmes ou rapportée par autrui. On voit ainsi apparaître l'inquiétude des médecins du travail dans des questions parlementaires :

« M. Gilbert Meyer appelle l'attention de Mme la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sur les difficultés qui se posent aux médecins du travail en matière de réglementation relative à la vaccination. Une distinction subtile est opérée entre ce qu'il est convenu d'appeler les recommandations vaccinales, d'une part, et les obligations légales de vaccination, d'autre part. En raison de cette distinction, la responsabilité d'un médecin du travail risque d'être engagée en cas de surestimation des risques (accident vaccinal survenant alors que la vaccination est simplement recommandée) ou en cas d'inapplication des textes (sujet contractant une maladie dans le cadre de son travail alors que le vaccin, théoriquement obligatoire, présentait selon le médecin un certain nombre de contre-indications pour l'individu concerné et n'a, de fait, pas été administré). Il lui demande, par conséquent, s'il ne serait pas opportun de préciser les rôles et responsabilités respectifs des médecins impliqués à différents degrés dans la problématique de la vaccination (médecins traitants, services de la DDASS, médecins du travail, etc.) »<sup>42</sup>.

Pour de nouveaux acteurs, le vaccin devient bien un *problème de santé publique* qu'il s'agit de traiter en fonction d'impératifs nouveaux constitués par l'affaire du sang, afin d'éviter une « nouvelle défaite »<sup>43</sup>. Dans ce cadre, l'attention aux signes précurseurs de dangers à venir est particulièrement valorisée, et se trouve largement institutionnalisée sous la forme de l'Institut de Veille Sanitaire. Mais plus généralement, c'est une certaine reconnaissance publique de la position de lanceur d'alerte qui se constitue.

En effet, s'inquiéter de la sécurité vaccinale, interpellier les autorités sur la composition des vaccins ou leurs modalités d'administration paraît bien plus légitime que dans les années 1970, et la comparaison du dossier des vaccinations avec d'autres dossiers sanitaires devient courante<sup>44</sup>. Cette position est renforcée par la diffusion très rapide de l'expression « principe de précaution » durant les années 1990<sup>45</sup>, rendant possible la mise en équivalence de dossiers passés dans lesquels on n'a pas respecté ce principe d'action et les dossiers présents pour lesquels il faut changer de modalité politique :

« Le principe de précaution n'a pas été appliqué dans le cadre de l'utilisation des produits sanguins contaminés, ni pour les injections d'hormone de croissance provenant d'hypophyses prélevées sur des cadavres de personnes décédées de maladies neurologiques, ni pour l'utilisation de l'amiante dont la dangerosité était connue depuis des décennies. Nous commençons à payer les conséquences des vaccinations contre la rougeole et la

---

<sup>42</sup> Question écrite no 33977 du 16 août 1999 du député Gilbert Meyer, Rassemblement pour la République, Rassemblement pour la République, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 16 août 1999.

<sup>43</sup> Nous faisons ici référence à l'ouvrage d'Aquilino Morelle Morelle (1996).

<sup>44</sup> Sur l'émergence de cette figure du lanceur d'alerte et sur l'importance des précédents et des opérations de recoupement voir Chateauraynaud (1996) ; Chateauraynaud & Torny (1999).

<sup>45</sup> Sur les définitions du principe de précaution, voir Godard (1997), sur sa mobilisation dans le traitement des alertes voir Chateauraynaud (1999).

rubéole dont les scientifiques avaient prévu, il y a 25 à 30 ans (l'OMS dès 1950 !), qu'elles risquaient de déplacer les maladies vers l'âge adulte, période où elles sont plus graves, et vers les nourrissons qu'on ne peut pas encore vacciner »<sup>46</sup>.

La mise en cause des mêmes responsables ou l'énumération commune sous un même principe ne sont pas les seuls éléments qui participent à la focalisation des associations autour des accidents vaccinaux. Ce sont aussi des éléments plus concrets qui permettent de faire le passage d'un dossier à l'autre. Ainsi, des opérateurs tels que les composés de vaccins permettent de faire le passage entre des dossiers déjà bien constitués dans l'espace public et celui des vaccins, produisant un mécanisme que nous avons décrit sous la forme d'alerte dérivée<sup>47</sup>. Les produits bovins menacent la santé humaine, comme l'a démontré le dossier de l'ESB, et donc les vaccins sont dangereux parce qu'ils utilisent du sérum de veau foetal :

« Utilisation des produits sanguins bovins et humains.

En octobre 2000, les autorités britanniques suspendaient un vaccin contre la polio dont le sérum de veau provenait d'un pays d'origine suspecte en matière d'encéphalopathie spongiforme (ESB) transmissible par voie sanguine de la vache au veau, comme l'indique une étude scientifique rendue publique le 11 février 1997 et reprise par *Le Monde* du 14 février 1997. Cette décision britannique est conforme aux positions de l'OMS et de la FAO pour lesquels aucun pays ne peut être considéré indemne d'ESB. Les autorités françaises, qui ne perdent aucune occasion pour critiquer les faiblesses du système sanitaire britannique – oubliant trop facilement qu'ils n'ont pris les mêmes mesures de précaution dans l'ESB que dix ans plus tard – n'ont évidemment pas étendu cette mesure de précaution au BCG et à la majorité des vaccins qui font appel à la bile de bœuf ou au sérum de veau comme milieu nutritif (SFV) »<sup>48</sup>.

Suite à un retrait de vaccin anti-poliomyélique en Angleterre, l'AFSSAPS a émis à l'automne 2000 un avis indiquant que bien que des produits d'origine bovine soient utilisés pour la fabrication des vaccins, ils sont éliminés au cours des dernières étapes de la fabrication et n'entrent donc pas dans la composition finale des vaccins.

Si le vaccin est banalisé, c'est dans un sens très différent de celui des années 1980 : comme les autres produits de santé, il est désormais source d'inquiétude publique. De même, l'opérateur « génie génétique » permet de relier les conflits sur les plantes génétiquement modifiées et le combat spécifiquement lié aux vaccins produits par ce type de technologie. Symbole de la modernité vaccinale dix ans plus tôt, le génie génétique représente désormais une technologie dont l'intérêt et l'innocuité sont largement discutés.

De ce fait, les questions alimentaires, sanitaires et vaccinales constituent une collection dont on trouve régulièrement l'énumération chez les militants contemporains de la cause anti-vaccinale :

« Je tiens à rendre hommage à tous ceux qui se battent pour les libertés, pour toutes les libertés écrasées par cette pensée unique qui ficelle Mc Donald, les produits pour maigrir, les aliments transgéniques, les poulets à la dioxine, qui ne s'occupe pas de la santé, qui n'apporte rien aux malades, mais qui rapporte beaucoup au grand business de ce siècle »<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Michel Georget, *Vaccinations : les vérités indésirables*, Dangles, 2000, conclusion.

<sup>47</sup> Chateauraynaud & Torny (1999).

<sup>48</sup> Cri-Vie, Principe de sécurité et politique vaccinale, 2002.

<sup>49</sup> Marinella Léo, « La liberté vaccinale en Italie », in S. Simon (ed), *Faut-il avoir peur des vaccinations ?*, Déjà, 2000.

Cette agrégation des causes, même si elle est courante<sup>50</sup>, n'est pas une voie nécessaire pour le renforcement des mouvements sociaux. A contrario, signalons que les acteurs qui se mobilisent contre les OGM prennent soin en général de distinguer les deux types d'application (agricole et médicale), se concentrant sur les retombées non médicales pour lesquelles le bénéfice est difficile à établir et est facilement connectable avec des enjeux politiques importants (droits de propriété, indépendance des agriculteurs...) <sup>51</sup>.

Ce cadrage a aussi de l'influence sur les actions des associations. Alors que dans les années 1970 il s'agissait, pour la Ligue, que l'État cherche et reconnaisse les victimes d'accidents vaccinaux, ALIS met en place, sur le modèle du REVAHB, une recherche généralisée des effets secondaires de la vaccination comme dispositif de mobilisation collective :

« Vous n'êtes pas seuls, vous êtes très nombreux à réfléchir sur la question et notre association, en liaison avec d'autres associations européennes, a entrepris une collecte de témoignages sur les incidents et accidents post-vaccinaux, de façon tout à fait systématique, en vue de présenter au Parlement Européen en 2004 un rapport détaillé sur ce que vivent les victimes des vaccinations, puisqu'en haut lieu on ne veut pas reconnaître qu'elles existent »<sup>52</sup>.

Sur le site d'ALIS on trouve en effet encore aujourd'hui un questionnaire de type épidémiologique incluant la description des symptômes, le vaccin injecté avec sa date et son numéro de lot<sup>53</sup>.

Même s'ils profitent d'une configuration dominée par la sécurité sanitaire et par la mise en avant des victimes potentielles et réelles de diverses activités, les mouvements anti-vaccinaux ne sont pas uniquement centrés sur les victimes des vaccins, mais portent également d'autres objectifs. Aussi, lorsque le REVAHB se présente, il se distingue aussitôt en affirmant clairement sa spécificité d'association de victimes :

« Ces initiales signifient 'Réseau Vaccin Hépatite B'. Cette association, de type loi 1901, à but non lucratif, a été créée en février 1997 par des personnes atteintes d'effets secondaires graves apparus dans les suites d'une vaccination contre l'Hépatite B. *Le REVAHB n'est pas une ligue anti-vaccinale et n'a aucune visée anti-vaccinaliste quelconque. Ses membres ne remettent en cause ni l'efficacité ni l'utilité du vaccin contre l'Hépatite B* »<sup>54</sup>.

On touche là la limite de la transformation du mouvement anti-vaccinal. S'ils s'inscrivent opportunément dans une configuration socio-politique favorable à l'émergence de revendications fondées sur le statut de victime et dénonçant les responsabilités politico-administratives dans le fonctionnement de la santé publique, les militants du mouvement ont d'autres objectifs qu'ils ne peuvent abandonner en endossant le seul statut de victimes.

---

<sup>50</sup> Voir par exemple le cas de l'Association Française contre les Myopathies : Rabeharisoa & Callon (1998).

<sup>51</sup> Joly *et al.* (2000).

<sup>52</sup> Françoise Joët, « Synthèse des travaux », in S. Simon (ed), *Faut-il avoir peur des vaccinations ?*, Déjà, 2000.

<sup>53</sup> Nous reproduisons ce formulaire à l'annexe 5, page 98.

<sup>54</sup> Site Internet du REVAHB, <http://www.ifrance.com/hepatiteb/>, les italiques sont des auteurs.

## 4. Analyse du mouvement anti-vaccinal

Pendant longtemps, le mouvement anti-vaccinal a été représenté par la Ligue, seule association clairement fondée dans cet objectif. Au début des années 1990, après la disparition successive de Fernand Delarue puis de sa femme Simone, une partie des membres de la Ligue ont fait sécession pour fonder l'Association Liberté Information Santé (ALIS). Puis sont apparus d'autres mouvements tels que le Syndicat Hippocrate et la Coordination de Recherche et d'Informations pour la VIE (CRI-VIE). Au premier abord, ces différentes associations semblent avoir des buts communs<sup>1</sup>. Néanmoins, on constate des différences dans les modes d'action, dans les services rendus aux adhérents et dans le discours sur la vaccination et ses promoteurs. Ces différences sont particulièrement apparentes lorsque les associations s'entre-critiquent (« va-t-en guerre » contre « mous », « dans la ligne » *versus* « novateurs »). Nous aurions pu choisir d'insister sur ces différences en montrant le gradient des positions occupées par chaque association<sup>2</sup>. Dans un souci de lisibilité, nous avons préféré ordonner notre exposé des actions selon la nature des moyens déployés puis décrire l'ensemble des arguments des associations selon la critique qu'elles adressent à la vaccination (contrainte, inefficacité, dangerosité et invalidité théorique).

### 4.1. Des moyens d'action les plus privés aux plus publics

Pour lutter contre l'obligation vaccinale, on a vu dans la partie historique que divers moyens avaient été employés par les Ligues et par les citoyens, de la non déclaration de naissance à des propositions de lois, en passant par la constitution et la validation de moyens de lutte alternatifs contre la variole.

Pour la période contemporaine, on retrouve cette variété de moyens dans les écrits des associations. Face à l'obligation vaccinale, celles-ci déploient en même temps des stratégies visant à la contourner et des tentatives de la faire lever, que ce soit par un travail de mise en contradiction des dispositifs réglementaires ou par des stratégies de mobilisation des représentants politiques.

#### 4.1.1. Actes et ruses : petit guide anti-vaccinal à l'usage du citoyen conscient

Même si ces deux figures ne sont pas contradictoires il ne s'agit plus ici du *parent consciencieux et honnête* dont nous avons vu l'émergence au cours de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle en Angleterre, mais du *citoyen conscient et informé*, c'est-à-dire non dupe de la grande manipulation des vaccinalistes.

Que proposent concrètement les meneurs de la lutte anti-vaccinale à leurs lecteurs et adhérents ? Nous pouvons rassembler, sous la forme d'un memento imaginaire, les actes et ruses qui s'offrent aux personnes voulant échapper à la vaccination obligatoire :

---

<sup>1</sup> Skomska-Geoffroy (1996).

<sup>2</sup> Pour ce type d'analyse dans le cas des associations de lutte contre le sida voir Barbot (1999).

- Ne pas oublier l'existence des certificats de contre-indication,
- Interroger son médecin sur la théorie pasteurienne,
- Si celui-ci persiste, soumettre à sa signature une reconnaissance de responsabilité,
- S'il est véritablement impossible d'échapper à la vaccination, protéger préventivement son organisme contre le poison ou, s'il est déjà trop tard, l'en débarrasser.

Ces quatre types d'actions individuelles face à l'obligation de vaccination, dont nous verrons qu'ils peuvent se décliner de différentes manières et déboucher sur des actions plus collectives, nous renvoient en outre à des représentations différentes du rapport médecin-patient et de l'anticipation de la responsabilité juridique caractéristique de l'époque.

### a) Les antidotes

Nous avons vu dans la partie historique que, n'ayant pu échapper à la vaccination, des personnes s'efforçaient de retirer le sérum de leur corps ou de celui de leurs enfants par la succion ou à l'aide de cataplasmes<sup>3</sup>. L'idée de laver son corps du vaccin administré existe encore aujourd'hui, et peut s'accompagner d'une « préparation du terrain » par la médecine homéopathique. Les techniques dont on dispose ont évolué, mais le principe reste valable qui consiste à défaire ce que l'on n'a pu empêcher de faire. On trouvera en annexe 3 (page 95) des exemples de ces traitements de la vaccination : cataplasme, drainage homéopathique, isothérapie urinaire.

Ces parades semblent parfois contradictoires, l'approche vaccinaliste étant rejetée mais le résultat du traitement étant une vaccination.

« Une méthode idéale pour éviter tout problème dû aux vaccinations serait de ne pas vacciner, mais une alternative s'offre à vous pour pallier aux tracas des administrations qui pourraient refuser d'accepter vos enfants dans le milieu scolaire ou des camps de vacances, etc. Ce que le Dr Elmiger recommande est ce qu'il appelle la pervaccination, qui consiste en ceci : Étant donné que la vaccination est un choc, il est donc judicieux de prévenir l'organisme quelques jours plus tôt, 2 ou 3 jours avant le vaccin; dans ces conditions, le corps reconnaît l'ennemi et lors de l'injection du vaccin, il a perdu son effet de surprise. Un mois plus tard, la chronologie est inversée pour éliminer toute trace néfaste du vaccin (pour votre information, *ceci ne dévaccine pas l'enfant, au contraire, on pourrait dire que c'est une supervaccination*) »<sup>4</sup>.

C'est que l'idée de renforcer l'immunité n'est pas rejetée par ces approches, qui mettent par contre l'accent sur le caractère agressif de la vaccination (« bombardement chimique » d'un corps non préparé donnant lieu à un « choc vaccinal ») et sur la nécessité d'évacuer les toxines ainsi introduites dans le corps<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Voir la section 1.2., page 9.

<sup>4</sup> Françoise L. Marc, « Homéopathie et vaccination : le contre et le bon sens ! 2e partie. Une alternative au contre : la pervaccination », *Alternative Santé*, novembre 2001, nous soulignons.

<sup>5</sup> Un exemple notable est celui du médecin hollandais Tinus Smits qui, sans rejeter totalement le principe de la vaccination, estime que l'on devrait y recourir avec plus de parcimonie : on administre des vaccins à des nourrissons qui n'ont pas encore développé leur propre système immunitaire ; on administre trop de vaccins en même temps ; on effectue des rappels superflus. Il a donc présenté une étude visant à *introduire un nouveau syndrome en médecine : le syndrome post-vaccinal*, syndrome pour lequel il propose une méthode diagnostique, une méthode de traitement homéopathique et une méthode de prévention. Cette étude, dédiée « à tous les enfants qui ont subi les conséquences, reconnues ou non, de la vaccination et à

En outre, comme nous le verrons, à côté des critiques de la théorie pasteurienne elle-même les militants anti-vaccinaux dénoncent la présence de substances dangereuses dans les préparations vaccinales : hydroxyde d'aluminium, mercure, formaldéhydes... Le drainage homéopathique est alors utilisé de deux manières : le plus couramment, il sert à aider le corps à éliminer les toxines et à se débarrasser de ces substances ajoutées, tout en gardant les bénéfices d'un renforcement d'immunité ; mais pour certains elle semble devoir neutraliser le vaccin lui-même.

Notons que les médecines « douces » ou « alternatives », homéopathie mais aussi naturopathie, ont toujours fait partie intégrante du mouvement : c'est, pour nombre de ses militants, la conception générale du corps, de son fonctionnement et de son équilibre par la médecine « traditionnelle » qui est erronée. Dès lors on trouvera parfois, à côté des conseils pour remédier à une vaccination, des indications pour le traitement des maladies contre lesquelles on ne veut pas se faire vacciner : tétanos, diphtérie – parfois accompagnées de mentions du taux (élevé) de réussite de ces traitements. Alternative au « traitement juridique », ces traitements médicaux peuvent être effectués soi-même ou par un « vrai » professionnel de santé :

« Une institution médicale qui use de la terreur pour faire valoir sa compétence, au mépris des libertés individuelles les plus élémentaires, expose au grand jour l'aveu de son incompétence et de sa stupidité.

Alors que faire ? Une dispense vaccinale n'est valable que 3 mois, c'est reculer pour mieux sauter. Vouloir se battre dans cette ambiance de dictature est devenu suicidaire. L'arsenal juridique en place est inadapté dans ce domaine et voué à l'échec.

Mon conseil est toujours le même depuis des années. Si vous êtes absolument obligé de faire vacciner votre enfant (ou vous-même), faites faire la vaccination par un médecin en cabinet. Munissez-vous avant l'intervention d'un tube d'argile en pâte (en boutiques diététiques), d'une bande de gaze et d'un sparadrap. Aussitôt l'injection, demandez les toilettes et appliquez une bonne couche d'argile sur le vaccin à laisser pendant 3 heures. Le tout sera réabsorbé – et tant pis pour ceux qui ne veulent pas y croire !

Par précaution supplémentaire, on peut aussi faire prendre à l'enfant 2 gr de vitamine C naturelle (en boutiques diététiques) dans la journée et les jours qui suivent.

Pour ma part, si j'étais médecin, en mon âme et conscience, j'injecterais à mes patients de l'eau distillée en guise de vaccin, me mettant ainsi à l'abri des dénonciations. Fort heureusement, d'autres y ont pensé aussi. C'est ainsi que des médecins retraités m'ont avoué avoir fait cela pendant des années.

Reste le cas où l'enfant a été vacciné par surprise à l'école. La solution de rattrapage existe, à effectuer au plus vite : prenez un rendez-vous avec UN VRAI médecin homéopathe, qui ne fait que de l'homéopathie, et demandez-lui de prescrire la méthode de décontamination ELMIGER. Il y a toujours des solutions pour éviter un obstacle (en attendant le prochain) »<sup>6</sup>.

La position soutenue ici, selon laquelle il est vain de vouloir combattre la vaccination obligatoire par voie administrative ou législative, n'est évidemment pas partagée par tous les responsables d'associations qui, au contraire, proposent à leurs adhérents de contribuer, par leurs actions individuelles, à *travailler* le monde politique et médical pour le bénéfice de tous. Avant d'en venir à ce travail plus politique, arrêtons-nous rapidement sur le

---

leurs parents, qui se sont retrouvés face à tant d'incertitudes et de questions sans réponse » et traduite en cinq langues (outre le néerlandais, elle existe en anglais, en français, en allemand, en italien et en espagnol) et consultable sur le site Internet <http://www.tinussmits.nl/>.

<sup>6</sup> Michel Dogna, « La terreur vaccinale est repartie », *Soignez-vous*, 22 septembre 2001.

certificat de contre-indication qui, on le voit dans cet extrait, est l'une des ruses utilisées pour contourner l'obligation<sup>7</sup>.

### b) Le certificat de contre-indication

« Il est prévu par la loi pour chaque vaccination [...]. Le motif de la contre-indication relevant du secret médical n'a pas à figurer sur le certificat. Le médecin qui serait interrogé sur le motif de son établissement n'a pas à y répondre, quel que soit le demandeur. S'il est temporaire, la date limite de sa validité doit être indiquée. S'il est durable, il n'a pas à être renouvelé »<sup>8</sup>.

Bien entendu, aucune incitation directe à la sollicitation ou à la production de faux certificats médicaux n'est réalisée. Les certificats de contre-indication sont toutefois fortement présents dans la littérature anti-vaccinale, sous différentes formes :

- pour dénoncer leur rejet abusif par les autorités auxquelles ils sont délivrés : ainsi Fernand Delarue recensait-il, dans *L'intoxication vaccinale* (pp. 184-188), plusieurs cas de vaccinations imposées ou effectuées sur des enfants en l'absence des parents et en dépit des certificats de contre-indication qu'ils avaient présentés ; ayant mentionné des abus, pressions et acharnements opérés par certains médecins sur des familles qui ne veulent pas effectuer les vaccins recommandés, *Réalités et Vaccinations*, le bulletin d'information de la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations, ajoute :

« Nous pourrions continuer la liste et parler de la contestation systématique des certificats de contre-indication, pourtant prévus par la loi. Seules les vaccinations obligatoires nécessitent un certificat de contre-indication »<sup>9</sup>.

- pour indiquer, comme le fait notamment Christine Boutin dans sa proposition de loi visant à introduire une clause de conscience pour les personnes refusant la vaccination obligatoire, que le fait de se soustraire à la vaccination obligatoire, même avec un certificat de contre-indication, expose parfois à des discriminations, sur le lieu de travail par exemple ;
- tout simplement « au passage », parce que chacun sait que, puisqu'ils sont prévus par la loi, et puisque le secret médical existe, il doit être possible de trouver un médecin prêt à délivrer ces certificats en dehors d'un diagnostic de contre-indication :

« Le drainage homéopathique est une bonne chose. Mon bébé n'a encore aucun vaccin mais je pense lui faire le tétanos (seul, pas 'combiné' à plein d'autres). Les 'pour' disent que c'est égoïste car c'est grâce à leurs enfants vaccinés que nous pouvons nous payer le luxe de ne pas vacciner les nôtres. Une chance si c'en est une : en Suisse les vaccins sont optionnels, en France, d'où je viens, *j'aurais été obligée de les faire tous ou de trouver un médecin conciliant qui accepte de faire des faux !* »<sup>10</sup>.

Si l'on n'est pas le visiteur anonyme d'un forum Internet, il faut savoir écrire entre les lignes pour encourager une forme de résistance qui s'apparente à la désobéissance civile :

---

<sup>7</sup> Souvenons-nous de l'exemple, rapporté dans la première partie (p. 9) par Charles Fox, de cette mère qui avait « sauvé » l'un de ses deux enfants parce qu'ils étaient jumeaux ; soulignons de même, dans l'extrait de Michel Dogna ci-dessus, les ruses consistant, par exemple, à administrer un faux vaccin.

<sup>8</sup> LNPLV, « Législation vaccinale », *Réalités et Vaccinations*, 15 août 2001.

<sup>9</sup> LNPLV, « Législation vaccinale », *Réalités et Vaccinations*, 15 août 2001.

<sup>10</sup> Extrait d'un forum sur <http://www.lausanne-famille.ch/>, nous soulignons. En se renseignant bien l'on peut trouver des médecins « connus pour délivrer ces certificats sur simple demande ».

« Comment s'y prendre pour échapper à ces empoisonnements, à la sordide tyrannie morticole ? En premier lieu cesser d'avoir peur. La Vie et la Santé de chacun le concerne personnellement et il est capital de prendre conscience de cette responsabilité individuelle. [...] Défendre sa vie ou sa santé et celles des siens ne justifie-t-il pas de se montrer clairement déterminé ? La déontologie interdit à un médecin de critiquer les avis professionnels d'un confrère. Au nom de quel droit un vaccinaliste contesterait-il l'avis opposé du médecin en qui vous avez placé votre confiance et qui, lui, engage sa responsabilité lorsqu'il vous soigne ? Aussi est-il préférable, pour celui qui n'est pas un professionnel aguerri de la médecine, d'éviter de se laisser entraîner dans une discussion technique. Il suffit, pour couper court, de faire référence à l'avis du médecin opposé à la vaccination et au principe légal de libre choix »<sup>11</sup>.

D'autres textes rappellent comment doit être rédigé un certificat de contre-indication pour être valable. Ce type de pratique existe dans de nombreux pays imposant une forme ou une autre de contrainte vaccinale<sup>12</sup>.

« Un certificat de contre-indication délivré par le médecin traitant doit permettre l'entrée à l'école d'un enfant malgré l'absence des vaccinations obligatoires. Le médecin doit alors préciser quel vaccin, éventuellement plusieurs, sont contre indiqués et si ces contre-indications sont définitives ou temporaires mais il n'est pas obligé d'en préciser les raisons, excepté pour le BCG, dont les contre-indications sont définies par décret, ce qui constitue une entorse au droit, le législateur n'ayant pas qualité en matière médicale »<sup>13</sup>.

On voit alors que si le certificat de contre-indication constitue, comme la riposte thérapeutique, une ruse individuelle pour esquiver une obligation de vaccination, il peut former pour des médecins militants de la cause anti-vaccinale un levier d'action non négligeable contre la « tyrannie morticole ». Dès lors, le texte du certificat peut lui-même revêtir un aspect militant et, au-delà de la couverture du patient concerné, rejoindre la « stratégie de contre-peur » sur laquelle on reviendra *infra* : ainsi, un certificat de contre-indication que nous reproduisons en annexe 4 (page 97) stipule que sa validité s'étend à « tous les vaccins sans aucune exception » et est de durée illimitée, et que « toute contestation ou pression illégale venant à l'encontre des termes de ce certificat, émanant de qui que ce soit, entraînera immédiatement des poursuites judiciaires », son auteur précisant encore les amendes et peines d'emprisonnement encourues.

Malgré cette extension du champ d'action, l'encouragement à user de certificats de contre-indication à la vaccination nous semble correspondre à une vision plutôt pessimiste des possibilités de succès de la lutte contre le système médical en place, ou à des périodes durant lesquelles le rapport de force est jugé défavorable. Lorsque, au contraire, les militants pensent pouvoir obtenir par voie réglementaire la suppression de l'obligation vaccinale, le certificat de contre-indication ne servira pas leur cause :

« Comme je l'ai écrit dans le numéro précédent, je vous propose de ne plus fournir de certificat de contre-indication pour le BCG. Tout le monde est d'accord pour dire qu'il n'est pas justifié de continuer à vacciner mais tous les organismes qui reçoivent des enfants continuent à exiger le BCG. [...] Nous, nous ne voulons plus du BCG. Même les instances qui conseillent le ministre disent qu'il faut l'arrêter. Alors nous disons STOP. De plus, nous appuyant sur des études parues dans la presse médicale internationale nous savons que ce vaccin est dangereux. Dorénavant nous refusons ce vaccin »<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Michel Chavanon, « Dramatique problème des vaccinations », *Innovation Santé*, 8 août 2003.

<sup>12</sup> Voir les nombreux exemples, État par État, du site américain [www.vaccinationnews.com](http://www.vaccinationnews.com).

<sup>13</sup> Sylvie Simon, *Vaccinations l'overdose*, *op. cit.*, p. 290.

<sup>14</sup> Jean-Marie Mora, « Non au BCG », *Réalités et Vaccinations*, 15 avril 2003.

### c) Introduction du doute chez le médecin

Moins déployée dans la littérature que nous avons étudiée, la « ruse » suivante reflète un rapport médecin-patient qui n'a pas toujours existé : on peut poser des questions à son médecin, discuter avec lui, l'amener à argumenter ses prescriptions thérapeutiques. On peut donc également lui prêter ou lui offrir un ouvrage, aux fins explicites d'« ébranler son opinion sur les vaccinations ».

« Vaccinations les vérités indésirables par Michel Georget<sup>15</sup>. C'est le livre qui manquait à notre mouvement, la démonstration scientifique appuyée de 700 références d'articles scientifiques. Le système immunitaire mis à la portée de notre compréhension, un peu plus développé pour nos médecins et les sources pour ceux qui veulent tout comprendre. La démonstration irréfutable de notre droit au doute. *Offrez-le à votre médecin* et demandez lui, de vous expliquer certains passages. *Lorsqu'il l'aura lu, il ne pourra qu'épouser notre point de vue*, nous doutons et nous avons raison il se mettra à douter c'est sûr »<sup>16</sup>.

« Ce livre non polémique, étayé de 700 articles de revues scientifiques les plus connues, répond à toutes les questions que vous vous posez sur les vaccinations. Vous pouvez le lire d'une traite ou par morceau, *je vous recommande de le prêter à votre médecin* en lui disant que vous le questionnez sur des passages que vous avez mal compris, ce faisant *vous ébranlerez son opinion sur les vaccinations* »<sup>17</sup>.

La stratégie d'éducation des populations ne vaut pas que pour les promoteurs de la politique vaccinale. Ceux qui s'y opposent partagent la conviction que l'information et la discussion peuvent modifier le comportement des praticiens et des patients. Alors que l'obligation vaccinale s'imposait comme évidence pour le médecin nourri « d'information officielle », la solidité de la démonstration fondée sur de l'information scientifique légitime le droit au doute.

### d) La « stratégie de contre-peur »

Celle-ci laisse de côté la vision symétrique du partage d'informations avec le médecin traitant, l'amenant à endosser des responsabilités juridiques, et s'applique non seulement au médecin mais également – et surtout – à toute autorité requérant une vaccination.

Il s'agit de faire signer une reconnaissance de responsabilité par le médecin traitant ou par l'autorité. La stratégie est appelée « de contre-peur » par Alain Scohy, qui relaie ainsi l'un des arguments régulièrement mobilisés dans le discours anti-vaccinal : les « vaccinalistes » jouent sur la peur pour imposer les vaccins.

« Le principal obstacle est la peur de tous et de chacun.

- La peur inoculée par les médias face à un danger de maladie largement majoré,
- La peur face aux pouvoirs publics administratifs ou politiques,
- La peur face au corporatisme médical »<sup>18</sup>.

Mais si elle est possible, c'est aussi que cette méthode d'intimidation prend place dans la configuration politique décrite plus haut, dans laquelle le procès en responsabilité des décideurs et des prescripteurs est de plus en plus souvent engagée, au moins virtuellement. La personne voulant éviter une vaccination obligatoire se voit ainsi proposer de nombreuses

---

<sup>15</sup> Michel Georget, *Vaccinations : les vérités indésirables*, Dangles, 2000.

<sup>16</sup> Extrait du rapport moral de la LNPLV, assemblée générale de mai 2000, nous soulignons.

<sup>17</sup> Jean-Marie Mora, « Le livre scientifique qui manquait sur ce sujet » (commentaire sur Michel Georget, *Vaccinations : les vérités indésirables*, Dangles, 2000), 2 octobre 2000, nous soulignons.

<sup>18</sup> Alain Scohy, *Les dessous des vaccinations*, Cheminements, 2000, pp. 98-99.

lettres-type, à l'image celle-ci, explicitement destinées à « faire peur » à celui qui souhaiterait appliquer l'obligation vaccinale.

**TAMPON :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_, à la fois en mon nom personnel et en ma qualité de \_\_\_\_\_,

- compte tenu de toutes les jurisprudences récentes comme les conclusions évidentes qui découlent du procès de Mr Maurice PAPON, impliquant sa responsabilité personnelle et non pas seulement celle du gouvernement qui l'employait à l'époque,
- compte tenu du devoir de précaution sous-tendu par toute inoculation à un individu humainfl enfant ou majeur fl et des incertitudes inhérentes à la science biologique et médicale actuelle,

Je déclare solennellement prendre l'entière responsabilité — morale et financière — de toutes les séquelles immédiates et futures qui pourraient faire suite aux vaccinations que je demande présentement pour \_\_\_\_\_.

Je suis bien conscient que ces séquelles pourraient intervenir dans des délais plus ou moins longs, et même dans la descendance de \_\_\_\_\_.

Ces conséquences pourraient être :

- 1) **un désastre immunitaire** causé par les antigènes ou miasmes inoculés :
  - une maladie auto-immune (S.E.P., rhumatisme sévère, etc.),
  - un effondrement immunitaire,
- 2) **un empoisonnement par l'ALUMINIUM** entraînant
  - une encéphalite spongiforme ou autre maladie neurologique,
  - une insuffisance rénale,
  - une maladie rhumatismale,
  - des troubles de l'ossification,
- 3) des troubles dans la descendance (**tératogénèse**) suite aux vaccins obtenus par génie génétique (Hibest du PENTACOQ, vaccins Hépatite B ou A...).

Certifié exact, fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

In Dr Alain Scohy, *Les dessous des vaccinations*, Cheminements, 2000, p. 100.

Comme la stratégie précédente, et contrairement aux deux premières, l'objectif de ces formules pré-établies va au-delà l'entraide : la multiplication de demandes d'endosser la responsabilité de dommages futurs doit servir la cause anti-vaccinale. Voici comment Alain Scohy présente la formule que nous avons reproduite ci-dessus :

« Il faut accepter de se BATTRE...

Sur le plan juridique...

Sur le plan civique...

Il ne faut plus accepter le moindre abus de pouvoir.

On peut user d'une stratégie de CONTRE-PEUR, en demandant aux personnes qui exigent les vaccins de s'engager par la signature d'un formulaire sur le modèle ci-contre »<sup>19</sup>.

#### 4.1.2. Travail sur les contradictions réglementaires

Parallèlement à ce travail politique souterrain jouant avec les normes et leurs représentations, et passant par des relations privées (la famille, les médecins traitants), des actions, publiques cette fois, sont menées contre l'obligation vaccinale. Il s'agit en particulier de souligner les contradictions surgissant entre la lettre des textes juridiques et leurs conditions d'application concrète.

Ainsi la Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations a-t-elle mis à jour avec succès l'impossibilité de se faire vacciner dans les termes mêmes de la loi dans une situation de pénurie ou d'abandon d'un vaccin. D'un point de vue pratique, on peut toujours se faire vacciner contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, mais cela implique de se soumettre simultanément à d'autres vaccinations :

« Le vaccin Diphtérie-Tétanos-Polio n'est plus présent en pharmacie depuis août 2003. La raison de cette absence est uniquement économique puisque le DTP coûte 6,73 € et que le Pentacoq qu'il serait possible de faire à la place coûte 28,23 €. Alors il y a deux réactions possibles par rapport à ça, parce que le Pentacoq contient deux vaccins en plus qui ne sont pas obligatoires, la coqueluche et haemophilus influenzae : soit on fait une bagarre pour faire revenir le DTP, ce que je me vois mal en train de faire, soit je regarde avec nos avocats ce qu'on peut faire. Et aujourd'hui, les médecins, sans engager leur responsabilité, font une attestation d'impossibilité de vacciner et c'est distribué. Et j'ai monté un papier, vous le trouverez sur notre site Internet, on l'a distribué déjà à plus de 15 000 exemplaires. Ce sont surtout les médecins qui nous l'ont réclamé au départ.

J'ai eu une affaire à traiter, un gamin qui devait être exclu d'une école maternelle, et j'ai eu le ministère de la santé qui, au vu de mon papier, m'a dit : 'c'est très bien fait, tant que le DTP n'est pas disponible vous avez raison, ce papier est parfaitement valable'. J'ai rendu le DTP non obligatoire tant qu'il ne ressortira pas. Voilà ! »<sup>20</sup>.

On trouve en effet sur le site Internet de la LNPLV<sup>21</sup> un dépliant qui expose cette situation, en interprète les raisons, et propose un modèle d'attestation que le médecin peut rédiger – sans engager sa responsabilité médicale, est-il précisé, c'est-à-dire en toute légalité<sup>22</sup> :

---

<sup>19</sup> Alain Scohy, *Les dessous des vaccinations*, op. cit., p. 99.

<sup>20</sup> Responsable LNPLV, octobre 2004.

<sup>21</sup> <http://www.ctanet.fr/vaccination-information/>

<sup>22</sup> Nous reproduisons en annexe 6 (page 100) l'entièreté de ce dépliant.

Attestation de situation vaccinale

Au regard de l'Article R3111-17 de la nouvelle partie réglementaire du code de santé publique [« L'admission dans tout établissement d'enfants, à caractère sanitaire ou scolaire, est subordonnée à la présentation soit du carnet de santé, soit des documents en tenant lieu attestant de la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires »].

*Je soussigné [nom prénom] Docteur en médecine atteste que l'enfant [nom, prénom, date de naissance] ne peut recevoir le vaccin DTP [antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique] obligatoire, ce dernier étant indisponible dans les pharmacies en France. Les autres vaccins ne répondent pas au caractère légal de l'obligation vaccinale. Cette situation sera à réexaminer dans un an<sup>1</sup>.*

1. L'indication de la période répond à l'esprit de ces documents qui réclament une précision de durée.

Soulignons la recherche de légalité formelle qui est au cœur de ce type de démarche. Alors que les conseils précédents jouaient souvent à la frontière de la légalité, cette action de la Ligue s'inscrit au contraire dans une démarche juridique fortement épaulée par des avocats.

La même démarche est à l'œuvre lorsque des associations reçoivent des appels à l'aide de personnes confrontées à la rigueur de l'obligation vaccinale.

« Grâce à Dieu il n'y a pas beaucoup d'exclusions, mais ça c'est dix coups de fil par jour donc on peut dire, on va être modeste, on va dire qu'on règle une dizaine d'affaires par semaine parce qu'il y a des exigences en matière de vaccination qui ne sont pas du tout légales. Mais les enfants, les assistantes maternelles, les infirmières, le jardinier à qui on demande l'hépatite B parce qu'il est dans un hôpital... Donc on a dix affaires de ce type par semaine, que l'on règle parfois, quand ça commence à monter un peu, quand les gens ne veulent pas nous écouter, en faisant envoyer une lettre comminatoire par nos avocats »<sup>23</sup>.

L'aide juridictionnelle constitue donc aussi une forme d'aide ou de service aux adhérents (la forme principale pour certaines associations) consistant à contourner l'obligation vaccinale pour ceux qui le souhaitent et qui seraient informés. Il ne s'agit pas dans ce cas de changer la loi, mais de faire en sorte qu'elle s'applique dans le sens souhaité par les avocats de la liberté vaccinale. C'est également la même logique qui préside au dépôt de plaintes ou au soutien des adhérents en cas de poursuite de l'État<sup>24</sup>.

#### 4.1.3. Actions à destination des responsables politiques

Depuis le début des mouvements anti-vaccinaux, l'objectif minimal a toujours été de lever l'obligation. Si l'on peut y parvenir en pratique par les moyens décrits plus haut, faire disparaître l'idée même d'obligation requiert des formes d'action différentes.

Pour atteindre cet objectif, la solution la plus simple consiste à proposer aux élus une modification de la loi : outre les projets des années 1950 déjà cités, la LNPLV procède à une nouvelle tentative en 1978 et 1979, au pic de sa notoriété.

« le 17 nov. 1978, projet de proposition de loi 'tendant à dissocier la fréquentation scolaire et l'activité professionnelle de l'obligation vaccinale'. Projet complété le 2 avril 1979 par les sénateurs Tinaut, Cauchon, Palmero, Sauvage concernant 'l'accès aux établissements

<sup>23</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>24</sup> Nous n'entrons pas dans le détail des procédures en cours, l'analyse juridique de l'obligation étant effectué parallèlement par des juristes.

d'enseignement et à l'exercice d'une profession par les personnes non vaccinées'. Mme S. Veil alors ministre de la Santé repoussera ces propositions »<sup>25</sup>.

La tentative suivante adopte le modèle anglo-saxon d'adjonction d'une clause de conscience, conformément aux souhaits de certaines associations<sup>26</sup>. Une proposition de loi en ce sens a été déposée à deux reprises par la Députée Christine Boutin, en 2000 et 2003, sans succès : dans les deux cas la commission parlementaire compétente a rejeté le texte qui n'a donc pas été discuté en assemblée plénière.

Il s'agit également de mobiliser les élus sur les textes engageant l'obligation : par exemple, une grande campagne d'envois postaux a été lancée lorsque les associations ont décelé dans les travaux de consolidation du Code de Santé Publique une tentative de durcir les peines pour les résistants à l'obligation vaccinale.

« Nous apprenons qu'un projet de remaniement du Code de la Santé Publique va être présenté au parlement prochainement aussi, nous permettons-nous d'attirer votre attention sur l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 publiée au Journal Officiel le 22 juin 2000, dont les articles L 3116 et suivants comportent des modifications d'ordre pénal entachées d'illégalité.

En vertu des nouveaux articles, le défaut de vaccination DTPolio, ainsi que l'hépatite B pour les professions de santé, serait puni de trois mois de prison et 25 000 F d'amende (nouvel article L 3116-1). Quant au refus de BCG, l'amende passerait de 250 F à 25 000 F et six mois de prison (article L 3116-4).

Ces propositions, qui visent à pénaliser lourdement les personnes qui ne se soumettraient pas à l'obligation vaccinale (la plupart du temps pour des raisons scientifiques, en toute conscience et en toute responsabilité), sont pour le moins surprenantes et ce, à plusieurs titres »<sup>27</sup>

Suivent les éléments, à la fois juridiques et scientifiques, destinés à convaincre les parlementaires. Même si l'action n'est pas immédiatement couronnée de succès, cela constitue une forme traditionnellement efficace de pression sur les élus, surtout quand le nombre de lettres et de parlementaires touchés devient important. Pour certains, il s'agit moins d'amener les parlementaires à changer d'avis que de gagner du temps pendant que d'autres actions juridiques sont menées :

« Le code de la santé publique a été refait et il est sorti sous forme d'ordonnance. Et quand il sort sous forme d'ordonnance, c'est un texte administratif, on peut l'attaquer devant le Conseil d'Etat. Alors que dès qu'il est voté, il devient texte législatif et il n'y a plus que les députés, 79 au minimum qui peuvent l'attaquer devant le Conseil Constitutionnel. Alors on a lancé une action devant le Conseil d'Etat et notre avocat nous a dit : 'attention, si c'est voté, ça ne sert à rien'. Donc on a fait écrire par chacun de nos adhérents, on a envoyé un texte bien sûr, on ne leur a pas demandé d'imaginer des trucs, et ils ont écrit à leur député. On suppose qu'ils ont bien écrit, parce que nous on a reçu aux environs de 3000 réponses, des députés surtout, des sénateurs pas grand-chose, ce qui veut dire que chaque député a dû recevoir en moyenne six lettres »<sup>28</sup>.

On retrouve l'effet de cette campagne dans l'abondance de questions parlementaires quasi-identiques produites à cette époque<sup>29</sup>. Rapprochant cette « aggravation » des sanctions et les

---

<sup>25</sup> LNPLV, « Clause de conscience – proposition de loi », *Réalités et Vaccinations*, 15 mars 2001 (commentaire introduisant le texte de la proposition de loi de Christine Boutin).

<sup>26</sup> ALIS a introduit cette revendication dans nombre de courriers depuis le milieu des années 1990.

<sup>27</sup> ALIS, « Lettre aux parlementaires : Vous n'allez pas voter ça...?! » (extrait).

<sup>28</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>29</sup> Nous en avons dénombré une cinquantaine, sans être certains de l'exhaustivité de ce comptage.

expertises défavorables au BCG produites à cette question, les envois ont visiblement mobilisé les élus, créant une pression supplémentaire sur les autorités sanitaires sur la gestion du BCG, mais sans résultat tangible sur l'écriture du Code lui-même.

Pour convaincre les élus, les associations peuvent également produire de nouveaux arguments, qui ne sont plus fondés sur l'analyse de textes juridiques ou scientifiques, mais sur un matériel qu'elles produisent elles-mêmes et qui vise à faire la preuve de la dangerosité des vaccins. Dans l'exemple suivant, l'association française ALIS s'associe à d'autres associations anti-vaccinales européennes pour informer directement les élus de la situation des accidents vaccinaux :

« J'ai vu sur votre site un formulaire de déclaration d'effets indésirables vaccinaux. Est-ce que vous recevez beaucoup de réponses ?

– Bien sûr, bien sûr.

– Qu'est-ce que vous en faites ?

– Ces formulaires ont été conçus en collaboration avec les médecins européens. Chacun en distribue dans son pays parce que chez les voisins, ce n'est pas comme en France, les médecins sont tenus de déclarer les accidents. Je crois qu'il y a une date butoir qui est en 2004 ou 2005, date à laquelle on fait constater toutes les déclarations reçues par huissier, on garde les talons avec les adresses et noms des déclarants et *tout ça va être remis au Parlement européen*, comme tous les médecins européens qui collaborent avec nous »<sup>30</sup>.

### **Conclusion : l'information c'est la liberté**

Un postulat que partagent les mouvements anti-vaccinaux est qu'au-delà de la contrainte légale, l'imposition de la vaccination est due au manque d'information claire et précise voire à l'occultation, plus ou moins volontaire, de certaines informations, ou encore, selon certains, à la mise en circulation d'informations sciemment manipulées.

« Si vous saviez l'ignorance, non ce n'est pas de l'ignorance, c'est de l'ignardise, de la part des médecins, mais de tout. Sur 25 médecins interrogés dans un congrès il y a deux mois, il y en a 23 qui ne connaissaient pas les vaccinations obligatoires. C'est... bon, bref »<sup>31</sup>.

« Les différents acteurs de la Santé Publique, de concert avec les administrations, vont même jusqu'à imposer des vaccinations non obligatoires. C'est le cas des crèches et des garderies qui obligent les parents à faire vacciner leurs enfants par le vaccin ROR sous peine de refus d'inscription. [...] C'est le cas de nombreux vaccins exigés par certaines agences de voyages pour un départ vers l'étranger alors que les réglementations ne les prévoient pas. C'est le cas du vaccin anti-hépatite B que l'on fait passer pour obligatoire auprès des jeunes alors qu'il n'en est rien »<sup>32</sup>.

Mais l'obligation vaccinale n'est pas la seule caractéristique visée par le manque d'information, c'est aussi la présentation générale de la vaccination et de la menace à laquelle elle est censée répondre. Ainsi dans le cas des campagnes de vaccination ciblée sur le méningocoque dans le Puy-de-Dôme et dans trois départements du Sud-Ouest :

J'appelle ça de la désinformation, parce qu'ils ont fait le méningocoque C. Or, la méningite à méningocoque C, elle représente je crois 6,5% des méningites en France. On s'est bien gardé de le dire aux gens, ça, parce que pour la méningite à méningocoque B, qui fait 65% des cas de méningites, il n'y a pas de vaccin, donc on n'en parle pas. Donc quand on vous dit : 'on fait une vaccination avec l'*haemophilus influenzae* contre la méningite', c'est

---

<sup>30</sup> Responsable ALIS, octobre 2004, nous soulignons. On trouvera en annexe 5 (p. 98) le formulaire évoqué.

<sup>31</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>32</sup> Françoise Joët, Lettre au député Jean-Paul Bacquet, 29 avril 1998.

contre 2% des cas de méningite, donc c'est complètement faux. Donc on est assez critique à ce niveau-là et c'est clair qu'on essaie d'informer les gens. Ce n'est pas contre la méningite, ça ne veut rien dire, c'est comme quand on dit que l'hépatite B c'est le vaccin contre le cancer du foie ! Non mais attendez, excusez-moi, il y a quelque chose qui ne tourne pas rond »<sup>33</sup>.

Cette valorisation de l'information est telle que toute omission, sélection, réécriture, transformation textuelle est immédiatement critiquée en termes de « manipulation », « mensonge » ou « désinformation », soutenu par la dénonciation de collusion d'intérêts entre porte-paroles de la promotion vaccinale et laboratoires pharmaceutiques :

« S'ils font une recommandation avec une information claire, loyale et appropriée comme le dit le texte, je n'ai rien contre. Mais qu'ils la fassent, cette information ! Or, elle n'existe pas. Vous savez ce qu'il en est, l'information – ce n'est pas moi qui le dis, c'est la Cour des Comptes qui le reconnaît –, l'information des médecins est assurée essentiellement par les laboratoires pharmaceutiques, lesquels ne fournissent – et ce n'est pas moi qui le dis c'est Monsieur Ledu, directeur du CRIM (je ne fais pas de jeu de mots : le Centre de Recherche sur l'Information Médicale), prof de pharmaco au CHU de Rennes, qui dit que les laboratoires pharmaceutiques ne fournissent que 1% de leurs données pharmacologiques »<sup>34</sup>.

Aussi une part conséquente de leur activité est-elle mise au service de l'information, par le biais des actions les plus diverses que nous détaillerons dans la section suivante. Pour lutter contre l'évidence vaccinale et l'obligation, l'information est un véritable devoir :

« Dans le courrier que nous recevons, une question revient fréquemment : quelles sont les obligations légales en matière de vaccination ? La complexité des textes législatifs en ce domaine est telle, qu'il n'est pas étonnant que le public ne les connaisse pas. Par contre, ce qui est intolérable et parfois lourd de conséquences, c'est que les personnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes), les employés des administrations et les enseignants (de l'instituteur au proviseur), ne soient pas non plus informés. Par conséquent, la plus grande confusion règne, autorisant tous les abus. Il y a tout de même quelques rares exceptions, très méritoires, qu'il est bon de souligner. La désinformation, la manipulation et l'acharnement faisant le reste, nous assistons à de véritables aberrations de la part de ceux et celles qui sont chargés de mettre en oeuvre les règlements sanitaires. Un mépris total de la personne humaine, et une ignorance coupable des effets dommageables des vaccinations. [...] Nous avons donc établi un document qui donne les grandes lignes de la législation vaccinale. Nous avons cherché à rester simples, mais comme tout résumé, il est forcément incomplet dans les détails qui, tous, ont leur importance. Chaque Ligueur se doit de connaître les règlements de base pour éviter les abus, les demandes illégales et les appels angoissés de dernière minute à la Ligue. Le premier devoir du Ligueur est de s'informer pour être en mesure de faire respecter ses droits »<sup>35</sup>.

Pour lutter contre le « dogme vaccinal » et les représentations erronées de la vaccination, la diffusion de l'information est le fondement de l'ensemble des actions des associations. Contre la stigmatisation légale ou sociale des personnes refusant la vaccination obligatoire ou fortement recommandé, elles adoptent ainsi une option moderne-libérale de l'information scientifique<sup>36</sup> : le savoir produit doit circuler le plus largement dans l'espace public afin de libérer les personnes de la contrainte et de ses conséquences.

---

<sup>33</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>34</sup> Responsable Cri-Vie, octobre 2004.

<sup>35</sup> LNPLV, « Législation vaccinale », *Réalités et Vaccinations*, 15 août 2001.

<sup>36</sup> Dodier (2003).

## 4.2. *Que reproche-t-on aux vaccins ?*

« Mais quand il s'agit de légiférer en pareille matière, de confisquer la liberté des citoyens et d'asservir la nation à des pratiques réitérées de l'inoculation dans le sang de matériaux pathogènes ou morbifiques, car tout virus est tel, la Chambre législative et le Gouvernement de la nation doivent chercher à s'éclairer sur l'utilité, l'efficacité et l'indispensabilité d'une mesure, d'une pratique d'hygiène publique déclarée prophylactique d'une maladie grave et meurtrière pour la nation. Si ces conditions sont établies, il importe ensuite d'avoir la certitude de l'innocuité de la pratique »<sup>37</sup>.

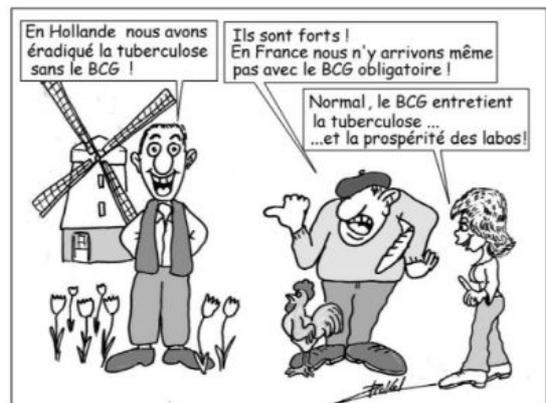
Telle qu'elle est apparue dans nos récits historiques, la critique de l'obligation vaccinale mêle en permanence des arguments de natures et de niveaux logiques assez différents : la soumission de la volonté politique aux firmes, l'embrigadement des professions de santé, le vaccin comme « poison social »... Pour y voir plus clair, nous allons dans cette section opérer un double mouvement : d'une part, nous nous focaliserons sur les critiques faites aux vaccins ; d'autre part, nous laisserons provisoirement de côté leur statut légal. Ce choix analytique doit nous permettre de rendre compte de l'ensemble de l'argumentation des mouvements anti-vaccinaux et de continuer à replacer les revendications sur l'obligation dans un contexte plus général.

### 4.2.1. Inefficacité

« Est-ce que pour vous il y aurait des cas, je pense par exemple aux chirurgiens, où l'obligation vaccinale se justifierait comme protection pour autrui ?  
– Oui, si le vaccin marchait »<sup>38</sup>.

La première critique adressée aux vaccins est leur absence d'efficacité. Cette affirmation se décline de plusieurs manières. Tout d'abord, dans un discours défensif, il s'agit de défaire ce que le sens commun a depuis longtemps intégré : « Les épidémies du passé ont disparu. La vaccination a donc fait ses preuves et son efficacité n'est plus à démontrer »<sup>39</sup>. Pour ce faire, les militants vont s'appuyer sur des données épidémiologiques.

En comparant des territoires vaccinés et non vaccinés, ou en mettant en scène les courbes de prévalence au cours du temps, il s'agit de montrer que la vaccination est postérieure à la baisse épidémique ou que son impact est faible par rapport à d'autres facteurs tels que les conditions de vie et de travail. Il faut noter que les discussions sur les rôles respectifs de l'environnement et, par exemple, du Bacille de Koch dans les épidémies de tuberculose, ont été résolues dans des sens contradictoires au cours du vingtième siècle<sup>40</sup>.



Extrait de René Bickel, *Vaccination : La Grande Illusion*, édité par l'auteur.

<sup>37</sup> Louis de Brouwer, *Vaccination : erreur médicale du siècle*, Louise Courteau, 1997, p. 219.

<sup>38</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>39</sup> Fernand Delarue, *L'intoxication vaccinale*, Paris, Seuil, 1977, p. 14.

<sup>40</sup> Voir, entre autres, Murard & Zylberman (1996).

À ce premier argument défensif s'ajoutent des arguments offensifs demandant l'administration de la preuve. Les vaccins passeraient-ils les tests habituellement pratiqués pour les autorisations de mise sur le marché des produits de santé ?

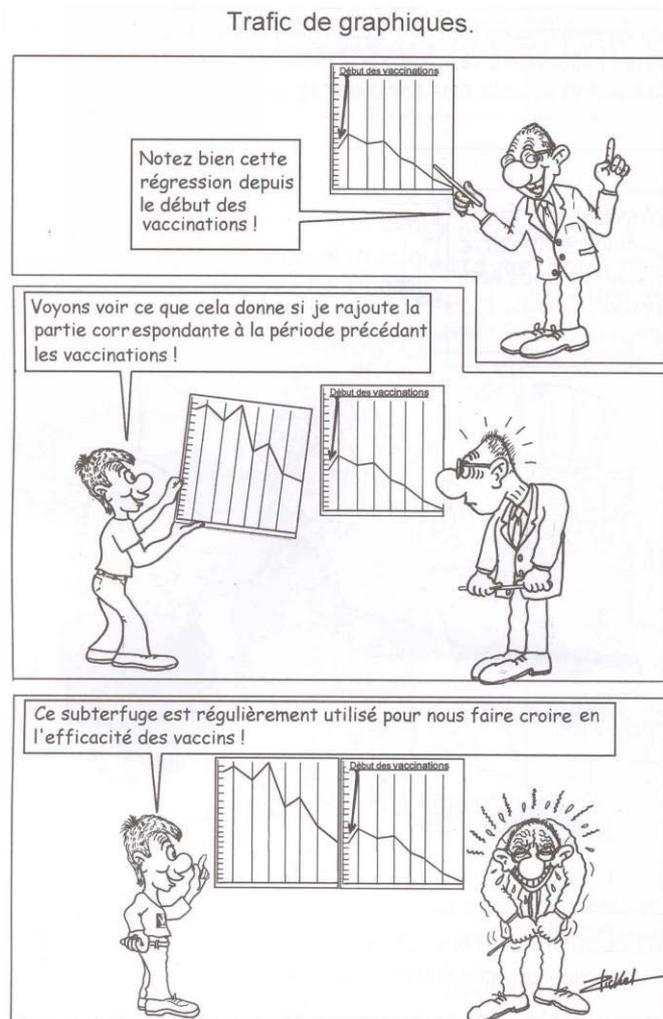
« La seule analyse qui est faite pour les vaccinations en double aveugle, c'est présence d'anticorps ou pas présence d'anticorps. On ne fait pas de campagne de vaccination dans la population avec de la flotte ou avec un placebo. Il n'y en a qu'une qui a été faite, c'est en Inde avec le BCG, c'est la catastrophe, on voit que les vaccinés attrapent plus la tuberculose bientôt, enfin tout autant que les autres. Et puis il y en a une deuxième qui a été faite à Nantes dans une direction différente pour savoir ce que ça coûtait. Et on s'aperçoit que ceux qui sont vaccinés contre la grippe attrapent plus la grippe que ceux qui ne sont pas vaccinés. Ce n'est pas important, pas significatif, mais on aurait quand même souhaité que ce soit l'inverse. Donc ça veut dire que ça ne sert à rien. Mais toutes les autres études pour obtenir les AMM, c'est sur les anticorps qu'ils le font – présence d'anticorps ou non-présence d'anticorps. Or, cette présence d'anticorps, pour prendre l'exemple du tétanos, puisque c'est celui qui a été pris par la directrice de la convention lors de la réunion de consensus, eh bien on voit des gens qui donnent leur sang pour du sérum antitétanique, des gammaglobulines, qui ont jusqu'à 4 000 fois la dose d'anticorps, et qui attrapent le tétanos. Alors expliquez-moi à quoi ça sert »<sup>41</sup>.

En adoptant le strict modèle de la médecine des preuves et son *Gold Standard* du double essai clinique<sup>42</sup>, les associations mobilisent ici encore un registre épidémiologique. Mais la citation ci-dessus pointe également la difficulté de mesurer *directement* l'efficacité vaccinale. Il faut passer par des intermédiaires tels que les anticorps, et ce sont ces représentants de l'immunité ou de la protection qui sont ici considérés comme non pertinents, ce qui remet en cause certaines stratégies vaccinales : pourquoi vacciner les nourrissons si on n'a aucun moyen direct de mesurer la protection vaccinale à quinze ou vingt ans ?

---

<sup>41</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>42</sup> Marks (1999).



Extrait de René Bickel, *Vaccination : La Grande Illusion*, édité par l'auteur.

#### 4.2.2. Invalidité théorique

Le modèle vaccinal est critiqué dans son fondement même. Il s'agit d'abord de montrer l'absence de preuve de la théorie pasteurienne. Les historiens des sciences ont bien montré que la théorie pasteurienne s'était largement développée sur une base non expérimentale. Pasteur invente véritablement la vaccination en proposant une théorie générale là où il n'y avait qu'empirisme :

« L'immunité naturelle conférée par la variole est pour Pasteur un repère absolu. D'abord parce qu'il croit que cette immunité définitive n'est pas le fait de la seule variole, mais bien au contraire caractérise nombre de maladies [...] Le couple variole-vaccin joue le rôle d'un modèle en un deuxième sens. Avant Pasteur, le virus vaccin se définit exclusivement par rapport à la vaccine : 'la vaccine est la maladie qui résulte de l'inoculation du virus vaccin'. Le virus vaccin est pour Pasteur l'archétype des 'virus vaccins' (au pluriel) ou virus atténués dont il annonce la découverte et lance la production. C'est ce terme singulier que Pasteur transforme en collectif en explicitant ce qui était implicite dans l'opération de l'inoculation. A partir de 1881, date de la prophétie de Pasteur sur l'atténuation des virus, le terme général 'vaccin' est constamment employé dans son entourage à propos des différentes maladies »<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Moulin (1996).

Cette opération théorique de Pasteur est, pour les militants, une fraude, un mythe, une réécriture de l'histoire. Loin d'être un précurseur qui aurait vu le devenir de l'immunologie avant sa réalisation, il devient celui qui a contraint la réalité à obéir à sa vision. Contre Pasteur, ils s'appuient sur Deschamps et Tissot pour affirmer l'importance primordiale du « terrain » dans le développement des maladies. À un modèle monofactoriel privilégiant l'agent pathogène, ils opposent une vision multifactorielle et environnementale de la maladie, et donc des moyens de lutte contre elle.

Cette vision est une forme de vitalisme et explique la forte présence des homéopathes et naturopathes dans le mouvement.

Mais il n'est pas nécessaire d'avoir des théories élaborées du terrain et de la maladie pour invalider la théorie vaccinale. On peut aussi s'appuyer sur le sens commun : comment admettre qu'injecter une substance toxique dans le corps puisse avoir un effet positif sur la santé ?

« Il est simple de comprendre, sans avoir fait d'études spéciales, que l'introduction brutale dans le sang d'une substance vaccinale ne peut pas laisser l'organisme indemne. Il se produit obligatoirement une secousse qui modifie notre état biologique et toute vaccination risque par ailleurs d'accroître les déficits immunitaires, qu'il s'agisse de virus vivants ou inactivés »<sup>44</sup>.

Parce que la théorie vaccinale est fautive, elle ne permet évidemment pas d'expliquer la fin des épidémies, mais sa mise en pratique explique l'effet délétère des vaccins sur les personnes vaccinées : si le vaccin est inefficace pour guérir, il est très efficace pour meurtrir.

#### 4.2.3. Dangérosité

La dangérosité de la vaccination est un élément clef de l'argumentation des associations. D'abord, parce que c'est souvent par l'expérience d'une maladie attribuée à la vaccination que les personnes s'engagent dans le mouvement. Ensuite, parce que c'est l'argument le plus convaincant contre la vaccination : comment accepter un geste préventif en l'absence de menace tangible alors même que ce geste se révèle ensuite être un dangéris réalisé pour la personne vaccinée ? Le récit d'un cas exemplaire est la forme la plus partagée de preuve de la dangérosité des vaccins.

« Je connais une grand-mère de 83 ans qui était en forme superbe, elle faisait du vélo avec Jeannie Longo à Grenoble, on l'a vaccinée contre l'hépatite B, et aujourd'hui elle vit dans un fauteuil roulant »<sup>45</sup>.

Le témoignage est un élément probant dans le cadre de l'arène judiciaire, mais il apparaît insuffisant pour former une preuve scientifique. C'est pourquoi les associations citent le nombre de cas qu'elles ont recueillis suite à la campagne de vaccination contre l'Hépatite B,

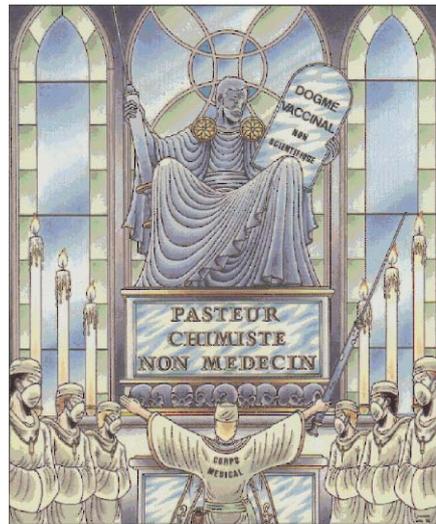


Image de couverture de Louis de Brouwer, *Vaccination : erreur médicale du siècle*.

<sup>44</sup> Sylvie Simon, *Vaccinations l'overdose*, op. cit.

<sup>45</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

pour faire masse. Mais elles s'appuient aussi sur des études épidémiologiques pour tenter d'attester la réalité du phénomène. Et surtout, en développant des processus comparatifs, les militants tentent de montrer l'importance des phénomènes de sous-notification :

La majorité des médecins ne déclarent pas les complications vaccinales, ce qui fausse les données et ôte toute crédibilité aux statistiques évoquées pour prouver l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Cependant, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (n° 27-1996) a rapporté les réactions vaccinales lors de l'incorporation des militaires du contingent. L'étude a concerné sept cent quarante-deux sujets masculins âgés de 17 à 24 ans : " En 1994, cent huit rapports d'événements adverses ont été adressés à la Direction Centrale de la Santé des Armées. Leur nombre était de cinquante-cinq en 1993, quatre en 1992 et de un en 1991. Cette augmentation nous a paru mériter une enquête ". Ainsi, alors qu'il n'y avait eu qu'un rapport de réaction vaccinale adverse en 1991, ce chiffre s'est multiplié par 108 en trois ans, augmentation qui devrait générer une certaine inquiétude. Quant aux résultats d'ensemble, ils montrent 0,4 % d'effets adverses pour le vaccin méningococcique, 0,4 % pour le vaccin typhoïdique, et 2,6 % pour le vaccin DT Polio. Le BEH commente : " [...]la première exigence est la standardisation des critères de réactions et d'effets adverses et leur diffusion à toutes les personnes susceptibles de les diagnostiquer. Il sera alors possible de dire très rapidement si le fait observé est anormal, s'il est attribuable au vaccin ou à la vaccination (erreur de manipulation ou d'injection). Cette étude est une première ". Il est curieux qu'on n'ait pas pensé à la faire bien plus tôt!<sup>46</sup>

Ayant démontré l'existence d'un accident, les associations ne se contentent pas d'une relation de corrélation statistique : il faut encore en déterminer les causes. Pour certains vaccins comme la variole ou la polio, la cause est par nature liée au vaccin : c'est l'introduction du virus vivant qui l'a causée. C'est sur ce même type de critère que raisonne le dispositif d'indemnisation des accidents vaccinaux.

Pour d'autres vaccins, les associations considèrent que la toxicité découle directement de son processus de fabrication : mercure, aluminium ou formaldéhyde sont des substances délétères pour l'organisme.

« Nous portons à votre connaissance les informations suivantes au sujet de la composition des vaccins :

1 - Entrent en lice des adjuvants immunogènes (saponines, hydroxyde d'aluminium, sels de mercure etc..

1-1 Les saponines sont des substances toxiques qui ont le défaut de léser les cellules du foie (Dr Vétérinaire Henry Quiquandon '12 balles pour un véto' tome II, première et deuxième partie. Editions du Sol à la Table, BP 54 - 49800 - Trézé).

1-2 L'hydroxyde d'aluminium est dangereusement toxique (Concours Médical, février 1997). Ce sel attaque les cellules du cerveau et peut entraîner autisme, chorée, Alzheimer, Kreutzfeld-Jacob.

1-3 Les sels de mercure (thiomersal) dont l'extrême dangerosité a été officialisée par la FDA américaine depuis 1997. Chaque nouveau vaccin cumule les doses »<sup>47</sup>.

Enfin, le vaccin peut être contaminé par d'autres agents pathogènes comme les prions ou le virus SV40. Dans ce cas, l'épidémie annoncée est d'autant plus grave qu'elle est aujourd'hui silencieuse et donc ignorée.

« Tel est le cas du virus SV40, qui peut se cacher dans les cellules de reins de singe utilisées pour la culture du virus de la poliomyélite. Il ne s'agit pas là d'un risque théorique comme le prouve le Dr Claude Hannoun, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur à Paris qui écrit à ce sujet dans un document paru en 1972 : 'Monographies Choay'. 'Ces cellules sont utilisées

<sup>46</sup> Sylvie Simon, *Vaccinations l'overdose*, op. cit.

<sup>47</sup> Jacques Daudon, « Composition des vaccins : êtes-vous au courant ? », [www.ctanet.fr/daudon/jd008.htm](http://www.ctanet.fr/daudon/jd008.htm).

pour la culture du virus de la poliomyélite et les préparations de vaccins contre ledit virus semblent très fréquemment contaminées'. Il ajoute également : 'Bien que les cultures faites sur des reins de singe soient utilisées depuis bientôt 20 ans dans les laboratoires de virologie, la présence de ces virus était absolument insoupçonnée'. Or, ce virus SV40 appartient au groupe des 'Papova', lequel contient des virus capables de provoquer des tumeurs malignes lorsqu'ils sont injectés à certains animaux. Certaines fabrications vaccinales sont ainsi susceptibles de contenir, à l'insu du fabricant, des agents pathogènes dont les effets ne se manifesteront parfois que des années plus tard, ce qui rendra l'identification des causes particulièrement délicate »<sup>48</sup>.

L'argument de la dangerosité est celui qui se détache le plus des intérêts des personnes. Adoptant une posture de lanceur d'alerte, les militants ne dénoncent pas immédiatement le silence ou le mensonge des laboratoires, mais, découvrant l'étendue des dégâts par des études épidémiologiques ou les risques associés aux méthodes de préparation, ils tentent de faire partager leur inquiétude en l'objectivant.

#### 4.2.4. Contrainte

La contrainte vaccinale apparaît d'abord comme une forme particulière de critique par rapport aux trois précédentes. Relevant clairement de la politique vaccinale et non de la nature même du vaccin, elle en est théoriquement détachable.

« La Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations n'est pas anti-vaccinaliste, elle revendique la liberté. Cette liberté ne sera réelle que si les lois d'obligation sont abrogées et que l'information est complète, c'est à dire plurielle »<sup>49</sup>.

Néanmoins, ce détachement n'est que partiel, la contrainte légale ne représentant qu'une forme, la plus achevée, de l'obligation. Les associations n'ont pas de mot trop dur pour la décrire : abus de pouvoir, dictature, viol vaccinal, terrorisme médical, tyrannie morticole. Une fois de plus, le témoignage permet de rendre compte de la violence faite aux personnes :

« M. G. à Antheuil-Porte (Oise) a 2 enfants :

Paul a reçu le vaccin antivariolique et présente un certificat de contre-indication pour les autres vaccinations ; Madeleine n'a reçu aucune vaccination. En janvier 1969, M. G. reçoit la visite des gendarmes. Le 31 mars 1969 il paye une amende de composition de 10 F pour sa fille.

Mais entre-temps, et c'est ici que les choses deviennent graves, les gendarmes étaient revenus, sur la requête du juge des enfants de Beauvais, pour vérification de la validité du certificat de contre-indication ! Puis, M. G. reçut, par l'intermédiaire de la mairie, une notification du juge des enfants. Paul et Madeleine étaient l'objet d'une ouverture de procédure d'assistance éducative à l'égard des mineurs.

Enfin, chose plus grave encore, car c'est un pas de plus dans l'escalade, le juge prit une ordonnance, non plus seulement pour faire examiner la santé des enfants, mais pour déterminer si leur état permettait de les vacciner. C'est ce qui ressort de la convocation adressée aux parents le 28 avril, par le Pr R. Mallet 'désigné par le juge des enfants pour examiner Paul et Madeleine et dire si leur état permet de les vacciner' »<sup>50</sup>.

Mais la contrainte prend d'autres formes que l'obligation : portée par des professionnels de santé ou des personnes ayant autorité (personnels scolaires, élus), elle exerce une « pression

---

<sup>48</sup> « Vaccins et vaccinations : synthèse de la situation actuelle, analyse des risques », *Innovation Santé*, 16 octobre 2002.

<sup>49</sup> Site Internet de la LNPLV.

<sup>50</sup> Fernand Delarue, *L'intoxication vaccinale*, Paris, Seuil, 1977, p. 156.

psychologique » continue contre ceux qui ne veulent pas se soumettre au vouloir social. Cette situation est assez différente de la précédente, puisque la norme de droit va faire place à la norme sociale, plus subtile, une forme d'« obligation déguisée » :

« Monsieur le Premier Ministre,

Nous vous prions d'avertir le Ministère intéressé, d'une pression intolérable parce qu'inquisitrice, s'exerçant par l'intermédiaire des responsables de médecine préventive départementale, en particulier sur l'Ardèche, la Drôme, l'Allier et le Gard (preuves à l'appui).

Les responsables déjà nommés exercent sur certains médecins par téléphone une contrainte au mépris des règles de déontologie médicale, à l'aide du simple prétexte suivant : reproches sur la délivrance d'un certificat de contre-indication, sans se soucier en aucune manière des raisons pour lesquelles ils ont été délivrés. Le résultat est clair : par le forcing, les enfants ont été vaccinés et plusieurs cas de scléroses en plaques et autres conséquences secondaires ont été observées. Dans les lycées et les collèges du département de l'Allier, les infirmières semblent terrorisés par ces mêmes individus, et pour ne pas se sentir responsable, entretiennent avec les élèves non-vaccinés des relations insupportables. [...] Des médecins affolés, décontenancés face à leur conscience, jettent des cris d'alarme.

Sans pour autant dramatiser à l'extrême, croyez, monsieur le Premier ministre, que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour contrer légalement cet abus criminel d'autorité. Nous avons cependant peur que certains ne s'excitent, vu les événements »<sup>51</sup>.

Même si l'on a vu qu'il était possible échapper à cette contrainte par l'adoption de diverses tactiques, les associations mettent l'accent sur la force de l'imposition et l'impossibilité de la contester ouvertement. Le témoignage individuel ou le récit de cas dramatiques nourrit la tangibilité de la contrainte ; mais c'est la couverture vaccinale qui en apporte la preuve finale.

« Il y a d'autres pays comme la Finlande où il n'y a aucune obligation, mais où 99% des enfants sont vaccinés et où la pression exercée sur les réfractaires est énorme »<sup>52</sup>.

« Or, dans notre pays, l'information est à sens unique. [...] On est, par exemple, arrivé à faire accepter le vaccin ROR par 95 % de la population. Comment peut-on dire d'une campagne qui obtient un tel résultat qu'elle résulte d'une bonne information ? C'est de l'endoctrinement. Quel est le sujet dans notre société qui rencontre l'assentiment à 95 % ? »<sup>53</sup>.

Pour la contrainte vaccinale comme pour les autres critiques, il s'agit d'objectiver le plus possible les méfaits de la vaccination, d'échapper à la plainte individuelle pour établir un constat beaucoup plus général<sup>54</sup>. L'absence de liberté est rendue manifeste par le constat statistique, mais aussi par les sciences sociales qui sont souvent citées au titre de preuve de l'existence de la « foi vaccinale » et de ses zélotes<sup>55</sup>.

---

<sup>51</sup> Jacques Daudon, lettre au Premier Ministre, 9 janvier 2000.

<sup>52</sup> Jean-Marie-Mora, « Liberté vacinale : sommes-nous libres de disposer de notre corps ? », in S. Simon (ed.), *Faut-il avoir peur des vaccinations ?*, op. cit.

<sup>53</sup> Michel Georget, *Enfants Magazine*, mai 1992, cité dans S. Simon (ed.), *Faut-il avoir peur des vaccinations ?*, op. cit.

<sup>54</sup> Sur l'importance de ce mouvement pour légitimer la critique voir Boltanski (1984).

<sup>55</sup> Les sources citées sont essentiellement l'ouvrage d'Anne-Marie Moulin, *L'aventure de la vaccination*, et le rapport de Claudine Marengo & Sélimir Govedarica (1982).

### 4.3. Faut-il des preuves ? L'impossibilité d'un débat

Le discours anti-vaccinal est donc complexe, structuré et argumenté. Les formes de la rhétorique et des dispositifs scientifiques y abondent : notes de bas de page, référence à d'autres travaux, en particulier publiés dans des comités de lectures, graphiques et tableaux, inclusion de théories biologiques, cliniques et épidémiologiques,... Dès lors, comment comprendre le maintien de position minoritaires sur une longue durée alors qu'on pourrait s'attendre à ce que les controverses s'éteignent ou du moins prennent comme enjeu d'autres objets ?

La littérature médicale souligne cette permanence des mouvements anti-vaccinaux, de leur recrutement, de leurs arguments et de leurs actions<sup>56</sup>. Se fondant exclusivement sur les exemples anglo-saxons, différents auteurs affirment qu'il n'y a aucune différence significative dans ces mouvements entre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Mais ils ne donnent aucune explication à cette permanence, se contentant de la constater. Pour répondre à cette question, nous pouvons indiquer trois voies distinctes qui seront successivement explorées :

- 1/ vérifier si cette permanence est bien attestée,
- 2/ rendre compte du modèle général,
- 3/ observer comment les acteurs eux-mêmes rendent compte des clivages permanents.

#### 4.3.1. Permanence ou déplacement ?

L'intensité des débats mis à part on ne peut qu'être frappé de la ressemblance entre les polémiques déchirant l'Angleterre de 1880 et les controverses beaucoup plus calmes de la France des années 2000. Cependant, cette ressemblance cache deux caractéristiques très importantes : la conscience historique qu'ont les acteurs, pro et anti-vaccinaux et leur capacité à saisir de nouveaux arguments, de nouveaux dispositifs, de nouvelles configurations. Sur le premier point, les acteurs contemporains doivent tenir compte de la disparition de la variole ou de l'épidémiologie contrastée de la tuberculose, ce qui n'était pas le cas de leurs prédécesseurs du XIX<sup>e</sup> siècle. Les acteurs peuvent aussi se saisir de nouveaux arguments ou de résultats produits par des dispositifs techniques, médicaux ou scientifiques. Ainsi, comment peut-on lier vaccination (obligatoire) et mortalité générale ? Il suffit d'avoir une interprétation événementielle de l'histoire et de considérer qu'à partir d'une certaine date, les effets délétères des vaccins vont se faire ressentir sur l'ensemble de la population :

« Je prends connaissance de cette courbe, je dis : mais c'est à l'opposé de ce qu'on nous dit dans le diagramme. J'ai acheté le bouquin uniquement pour ça. Ce n'était pas des statistiques, c'était le nombre de décès par tranche de quatre ans, séparément hommes et femmes. Que constatons-nous ? Les Français nés avant 1938 bénéficient de taux de mortalité sensiblement moins élevés que dans les pays voisins, à partir de 1928, la courbe a tendance s'inverser et à partir de 38 c'est totalement inversé. Si bien qu'à partir de 38 jusqu'en 92, les taux des décès des Françaises et des Français par tranche de quatre ans sont très sensiblement supérieurs à ceux des pays voisins. En moyenne c'est supérieur pour les hommes de 20 % par rapport à la Grande-Bretagne et à l'Italie, 35 % par rapport à la Suède

---

<sup>56</sup> Voir Gregory A. Poland & Robert M Jacobson. (2001), « Understanding those who do not understand : a brief review of the anti-vaccine movement », *Vaccine*, Vol. 19, n°17-19, 2001, pp. 2440-2445 ; Robert M. Wolfe et, Lisa K Sharp, « Anti-vaccinationists past and present », *British Medical Journal*, Vol. 325, 24 août 2002, pp. 430-432.

et chez les femmes c'est un peu moins, c'est 6 % par rapport à la Grande-Bretagne et l'Italie »<sup>57</sup>.

Pour les mêmes courbes, l'interprétation la plus commune des démographique est continue : les personnes de moins de 65 ans meurent plus tôt en France pour des raisons de facteurs de risques individuels (tabac et alcool principalement) alors que celles de plus de 65 ans vivent plus longtemps qu'ailleurs en raison d'autres facteurs (bonne alimentation, bon système de santé. Cette interprétation pourrait être préférée en raison de la diversité régionale des décès (surmortalité au Nord et à l'Est) qu'on peut relier à la consommation de toxiques, mais que sait-on de la couverture vaccinale ? C'est également dans ces régions qu'elle est la plus forte ! Si un élément isolé ne peut jamais faire preuve<sup>58</sup>, il peut être utilisé pour relancer une polémique en pointant, par exemple, l'échec général de la santé publique en France et en profiter pour lier la lutte anti-vaccinale et le combat contre les pesticides susceptibles de mettre en danger la santé et la reproduction humaine<sup>59</sup>.

La capacité d'invention défensive<sup>60</sup> des militants et des associations les conduit à utiliser sans cesse de nouveaux arguments qui vont alimenter les critiques analysées plus haut. Si celles-ci demeurent constantes, donnant l'apparence de la permanence, les exemples et les inférences utilisés varient, marquant le déplacement des débats au cours du temps.

#### 4.3.2. Un modèle de dissidence

La sociologie et l'histoire des sciences ont tenté de rendre compte de l'évolution des théories et pratiques scientifiques en étudiant les controverses surgissant parmi les scientifiques<sup>61</sup>. Ce type de méthode a été appliqué dans les domaines de la médecine et de la santé publique, par exemple pour les causes de décès ou la nosographie<sup>62</sup>. Ces analyses montrent l'importance de la stabilisation des controverses autour d'un certain nombre de points focaux qui vont former des systèmes de preuve.

Or, dans le cas des jugements de la vaccination, les deux camps possèdent deux « styles de pratiques »<sup>63</sup> différents quant à ce que constitue une preuve. Alors que les promoteurs du vaccin vont surtout mettre en avant des résultats épidémiologiques démontrant l'efficacité des vaccins, les opposants exigent des modalités beaucoup plus « dures » de preuve pour la démontrer en invoquant l'essai en double aveugle. A contrario, lorsqu'il s'agit de démontrer la nocivité d'un vaccin, les opposants vont rassembler des éléments hétéroclites (témoignages, jugements, expertises, collection de victimes) quand les promoteurs vont exiger des études cas-témoins établissant une relation statistique entre la vaccination et la survenue des troubles.

Aussi, même s'il y a un partage du langage scientifique et technique, ce qui opère dans les polémiques vaccinales, c'est un modèle de dissidence à l'intérieur de la science où les protagonistes ne s'accordent pas sur les modalités d'administration de la preuve. Les anti-vaccinaux le savent bien, et ils utilisent le plus possible les sources les plus légitimes aux

---

<sup>57</sup> Responsable Cri-Vie, octobre 2004.

<sup>58</sup> Chateauraynaud (2003).

<sup>59</sup> Sur le dossier de la fertilité masculine et les débats sur les perturbateurs endocriniens voir Bertrand (2002b ; 2002d).

<sup>60</sup> Sur l'importance de la constitution d'une offense pour l'argumentation voir Mc Evoy (1995).

<sup>61</sup> Pour une introduction à ce type d'approches voir Latour (1995).

<sup>62</sup> Aronowitz (1999) ; Fagot-Largeault (1989).

<sup>63</sup> Fujimura & Chou (1994).

yeux de leurs adversaires ou de ceux qui ne participent pas directement aux polémiques. C'est d'autant plus vrai qu'il ne s'agit pas uniquement d'une discussion argumentée entre personnes détachées de leurs intérêts, mais bien d'un combat où on rappelle sans cesse les motivations des « preuves » apportées. Ainsi, pour les opposants à l'obligation vaccinale, le soupçon d'absence d'indépendance pèsera toujours sur la parole d'un « expert » favorable à la vaccination.

#### **4.3.3. Le passage à la limite : secte contre secte**

Le mouvement qui conduit de la minorité à la dissidence peut ne pas s'arrêter. La rupture avec le sens commun de la communauté considérée (immunologistes, épidémiologistes) est d'autant plus forte si les modèles dominants de ces communautés sont partagés par la plupart des profanes. L'étape suivante de l'éclatement des positions conduit à un système d'accusations réciproque de dogmatisme, sectarisme ou révisionnisme, à mesure que le nombre d'évidences partagées diminue.

La possibilité d'être ainsi mis au ban est anticipée par certains mouvements anti-vaccinaux qui cherchent à éviter les gestes, les symboles, les arguments qui pourraient faire surgir l'accusation :

En tout cas, je suis très gêné par exemple par la couverture de leur brochure : le petit bonhomme devant le tunnel. Ça me gêne terriblement, mais bon, c'est leur truc. Moi je leur ai fait remarquer, on m'a dit que c'était voulu. Je pense que, c'est vrai que la philosophie de la liberté, ça peut largement dérapier sur un truc sectaire. J'en ai rien à foutre des sectes, mais bon, on peut se faire accuser de ça.<sup>64</sup>

Cette menace est d'autant plus sérieuse que des enquêtes lancées par les Renseignements Généraux ont visé des mouvements anti-vaccinaux en 1998 lorsque s'amorçait le « scandale de l'hépatite B ». L'apparition de dispositifs policiers ne peut que renforcer la méfiance des mouvements anti-vaccinaux vis-à-vis de l'État et l'accusation de collusion d'intérêts.

Dans l'autre camp, les mouvements anti-vaccinaux auront beau jeu de retourner l'accusation sectaire et de décrire les « vaccinalistes » comme une secte dont on énumère tous les éléments :

---

<sup>64</sup> Responsable LNPLV, octobre 2004.

- \* Condamnation de tous ceux qui sont extérieurs à la Grande Secte (qui sont eux-mêmes baptisés sectes et poursuivis, ou bien traités de fous ).
- \* Le GOUROU : nous retrouvons ici Louis Pasteur, auto-proclamé, omniprésent malgré le temps écoulé !
- \* Il y a rétrécissement des champs de connaissance évident depuis PASTEUR,
- \* Il y a la GRANDE DOCTRINE universelle sur le problème majeur de l'existence qu'est la MALADIE. En contradiction totale avec les données les plus récentes sur l'immunologie et la biologie, alors que tous les chercheurs avouent leur balbutiements en ces domaines
- \* Il y a toute la technique d'ENDOCTRINEMENT, d'ASSERVISSEMENT des médecins et avec une véritable 'castration psychique' des médecins qui ne sont plus que des EUNUQUES serviles... Et des membres de l'ORDRE des Médecins qui sont devenus les valets des grands maîtres
- \* Il y a la CONFESION PUBLIQUE avec le carnet de santé
- \* Il y a l'EMBRIGADEMENT d'office de tous, dès la naissance, avec les vaccinations obligatoires,
- \* Il y a la destruction de la personnalité des adeptes par les toxines inoculées, comme par le principe même de se laisser inoculer des poisons sous prétexte d'obtenir une protection fallacieuse et illusoire... C'est l'asservissement au sens étymologique, retour à l'état de SERF du Moyen-Age, avec le droit de CUISSAGE que constitue le VIOL vaccinal

In Alain Scohy, *Les dessous des vaccinations*, Cheminements, 2000

Dans cette figure limite, les adversaires attribuent une telle puissance à la volonté de convaincre qu'on atteint alors le point limite où aucun débat n'est possible, les positions formées en camps empêchant toute forme de compromis ou même d'échange d'arguments. Là encore, la constance se trouve moins dans le contenu concret des arguments déployés que dans la reconduction d'un système d'opposition fondé sur l'absence d'évidences partagées.

La dérive polémiste, le refus croisé de reconnaissance des preuves et les accusations sectaires constituent les limites de l'action du mouvement anti-vaccinal, alimentées par la dénonciation continue des intérêts marchands guidant la politique vaccinale. La légitimité du mouvement demeure bien moindre que celle des associations de victimes, même si la reconnaissance des accidents vaccinaux et leur indemnisation accréditent partiellement leur critique de la dangerosité du vaccin.



# CONCLUSIONS

## L'obligation vaccinale à l'ère de la démocratie sanitaire

« L'acte vaccinal n'est pas un acte administratif mais médical. L'exercice de la médecine foraine est interdit (cf. article 74 du code de déontologie médicale). En tant que tel, il est régi par l'article 16-3 du code civil qui stipule 'qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement'. L'article 16-1 dispose également que 'chacun a droit au respect de son corps', et que 'le corps humain est inviolable' »<sup>1</sup>.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 achève un processus politique de vingt ans, largement assuré par le travail des associations de malades, de patients et de victimes, que ce soit par l'organisation des activités de recherche ou par des actions proprement politiques et judiciaires<sup>2</sup>. Les nouvelles normes éthiques, juridiques et politiques insérées dans la loi expriment l'exigence de « démocratie sanitaire » qui touche l'ensemble des domaines de la santé publique. Prenant appui sur ce travail, les opposants à l'obligation vaccinale citent volontiers les textes constitutionnels et législatifs 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.

Fondant leurs arguments sur le « consentement libre et éclairé » comme norme explicite de tout acte médical, ils critiquent la politique vaccinale contemporaine en soutenant deux exigences. D'une part, ils demandent l'existence d'une véritable information indépendante qui permette aux professionnels de santé et aux patients d'être complètement « libres et éclairés ». D'autre part, ils réclament l'adoption définitive du modèle libéral commun à l'ensemble des thérapeutiques, permettant à chacun d'exercer un « consentement » avant toute vaccination.

---

<sup>1</sup> Union Nationale des Associations Citoyennes de Santé, « Pourquoi en dépit des lois d'obligation vaccinale les vaccinations ne sont pas obligatoires en France », texte reproduit sur de nombreux sites et forums Internet, par exemple <http://ase.ouvaton.org/vaccinations1.htm>

<sup>2</sup> Sur l'importance des associations dans la définition et l'orientation des recherches on lira avec intérêt les études sociologiques sur l'AFM (Rabeharisoa & Callon, 1998 ; Rabeharisoa *et al.*, 2000a ; 2000b) et sur les associations de lutte contre le sida (Barbot, 2002). Sur l'importance de la mobilisation purement politique voir, entre autres, Pollak (1988), Epstein (2001), Dodier (2003). Sur la place des victimes dans le déclenchement et la trajectoire du processus judiciaire on se référera au travail exhaustif de Marie-Angèle Hermitte (1996) sur les affaires relatives à la transfusion sanguine.

### *L'information au risque de la polémique*

Si la « propagande anti-vaccinale » a pu être considérée comme une pratique répréhensible lors de la mise en place des obligations vaccinales en population générale, il n'est plus question aujourd'hui de la faire relever du régime judiciaire. Cependant, la parole anti-vaccinale porteuse d'un discours scientifiquement dissident peut être encore disqualifiée par l'accusation de sectarisme placée à l'encontre de ses auteurs. Aussi les associations s'efforcent-elles de montrer la rationalité médicale, épidémiologique et juridique de leurs arguments.

En adoptant depuis l'origine les formes du discours scientifique, leur parole entre dans un espace discursif concurrentiel de celles visant à promouvoir la vaccination, qu'elles soient issues des autorités de santé publique ou des laboratoires fabricant des vaccins. Dans ce cadre, c'est moins la véracité de leurs propositions qui est discutée que la légitimité de la circulation de cette parole<sup>3</sup> :

« Mettre en doute la tolérance d'un vaccin à partir de manifestations post-vaccinales qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique de l'imputation de la causalité n'est pas responsable : chaque nouvelle accusation non fondée instaure non seulement une perte de confiance du public dans le vaccin concerné mais jette également le discrédit sur l'ensemble de la vaccination. Spéculer publiquement sur la tolérance des vaccins, c'est oublier le poids de la morbidité et de la mortalité des maladies infectieuses avant l'introduction de la vaccination et combien les programmes de vaccination se sont révélés efficaces . Lorsqu'un vaccin fait l'objet de fausses accusations répétées, certains cessent à la longue de se faire vacciner ou de faire vacciner leurs enfants, créant un risque pour eux-mêmes mais aussi pour leur entourage. D'autres (ou les mêmes !) intentent des actions judiciaires dont la médiatisation amplifie la suspicion même lorsque les preuves disculpant le vaccin ont été entre-temps apportées. Des programmes de vaccination, y compris dans les pays en voie de développement où les besoins sont très importants, peuvent devenir difficiles à conduire, mettant ainsi en jeu la santé des populations. Il est clair que la communauté médicale a un rôle clé à jouer pour minimiser ces risques, en améliorant la qualité de sa communication sur la tolérance et la valeur des vaccins »<sup>4</sup>.

L'ensemble des protagonistes considèrent que cette parole aura des effets sur les personnes qui l'entendront, particulièrement en termes de couverture vaccinale future : le « dogme vaccinal » et le « dogme anti-vaccinal » sont des discours de conviction destinés à changer le comportement des personnes. Ils s'accusent mutuellement de « manipuler les informations », de présenter de « fausses données », de minimiser les dangers – de l'épidémie ou de la vaccination. L'impossibilité d'organiser les controverses est directement liée aux accusations portant sur les personnes plutôt que sur leurs arguments<sup>5</sup> :

« J'ai posé ma question sur l'homéopathie, les médicaments et les remboursements. L'organisateur de la réunion m'a dit : 'Vous faites partie des Laboratoires Boiron ?'. Je lui ai dit non : 'non, je suis simplement délégué par ma mutuelle pour écouter les conneries que vous racontez'. Vous vous rendez compte ? Parce qu'on pose une question sur l'homéopathie, on fait partie d'un labo.

---

<sup>3</sup> Sur cette question générale à l'ensemble de la santé publique voir Bertrand (2002a) et Torny (2001, chap. 5).

<sup>4</sup> B. Soubeyrand, « Tolérance des vaccins : faits et spéculations », *Médecine et Maladies Infectieuses*, Vol. 33, n°6, Juin 2003, pp. 287-299.

<sup>5</sup> Sur l'importance de cette distinction voir Boltanski (1990).

[...] Ils sont incompetents, ils ne savent rien, ou alors ils sont payés par les labos parce que les experts, c'est pareil, dans toute la procédure, ils oublient carrément de dire les liens financiers qu'ils ont avec les labos »<sup>6</sup>.

L'impossible clôture, pour l'ensemble des controverses liées à la vaccination, reporte sur des situations particulières, plus confinées, la question de l'information. C'est en particulier dans le cadre de la relation médecin-patient que se joue cette question de l'information, avec deux modèles différents : pour les promoteurs de la vaccination, il s'agit d'assurer une « meilleure communication » afin d'augmenter l'« acceptabilité » du vaccin<sup>7</sup>, toutes solutions dénoncées par les opposants comme un raffinement de « désinformation » ou de « propagande ». Pour ces derniers, il s'agit de discuter du bienfaits des vaccinations, de poser des questions, d'adopter le scepticisme propre à la pensée scientifique. Dans le premier cas se déploie la relation hiérarchique classique entre professionnels de santé et patients, dans le second une relation symétrique de discussion sur les objectifs et les moyens thérapeutiques, voire le renversement des positions de savoir (« informez votre médecin »).

L'obligation vaccinale ne passe évidemment par aucune des deux modalités puisque la discussion est seconde par rapport au résultat. Mais qu'elle soit abandonnée du fait d'une décision politique explicite ou qu'elle tombe peu à peu en désuétude faute de soutiens sociaux, se pose la question du modèle d'information sous-jacent à la politique vaccinale. La distribution systématique de fiches de déclaration d'effets secondaires lors des campagnes de vaccination antiméningococcique marque la volonté institutionnelle d'informer sur les risques et d'intégrer le retour d'expérience des vaccinés au cœur du dispositif vaccinal.

### *Un modèle libéral inachevé*

L'adoption du modèle libéral par les autorités publiques à partir des années 1980 s'est faite sous l'influence de l'expérience de la prise en charge de l'épidémie à VIH/Sida traversée de manière aiguë par la question de la contrainte, depuis la question de l'enfermement des personnes jusqu'à celle de la confidentialité du statut sérologique des patients<sup>8</sup>. Adaptée à la vaccination, elle est d'abord passée par l'adoption d'une politique de recommandation en population générale pour l'ensemble des nouveaux vaccins. Cependant, ce modèle se heurte à la réalité de l'incomplétude de la couverture vaccinale. Alors qu'au début des années 1990 c'est le succès du ROR qui annonçait la fin du modèle coercitif français, dix ans plus tard la même couverture, insuffisante, permet aux autorités de réaffirmer la nécessité de la contrainte :

« Il apparaît qu'en France, le haut niveau d'immunité collective n'a pu être atteint que pour des vaccinations rendues obligatoires. C'est justement ce haut niveau d'immunité collective qui permet à l'État de garantir au public le haut niveau de protection sanitaire par rapport au risque infectieux qui est le nôtre. Cette nécessaire adéquation entre les données épidémiologiques et les obligations vaccinales fait d'ailleurs l'objet d'une disposition du projet de loi relatif à la politique de santé publique dont l'article 7 assouplit le régime

---

<sup>6</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>7</sup> Sur cette approche on peut citer, entre autres, Sieghart Dittmann, « Vaccine safety : risk communication – a global perspective », *Vaccine*, vol.19, n°17-19, 21 Mars 2001, pp. 2446-2456.

<sup>8</sup> Dodier (2003).

juridique des vaccinations obligatoires. Celles-ci pourront être suspendues par un décret du ministre chargé de la santé en fonction des évolutions épidémiologiques »<sup>9</sup>.

Contrairement aux années 1950 et 1960, cette contrainte ne se présente plus comme un élément actif de la politique de santé publique, tout juste comme un pis-aller face à l'échec de la conviction et de l'éducation qui semblaient triompher jusqu'au milieu des années 1990. Il n'est plus possible pour les pouvoirs publics de l'imposer, mais tout juste de conserver les acquis de l'obligation hérités des années 1930-1960. Face à des solutions de compromis, comme celle de la clause de conscience dans les pays anglo-saxons, l'obligation constitue un rempart que l'on peut *juridiquement* défendre, même si elle devient *politiquement* problématique :

« Pour être d'adoption tardive (1946), le principe de protection de la santé n'en est pas moins un principe constitutionnel. À ce titre, ce principe peut venir en conflit avec d'autres principes comme le droit de propriété et la liberté individuelle. En matière de santé publique, il est admis que la protection de la santé de l'homme (en tant que collectivité d'individus) prime sur ces autres principes. Dans le cas de la vaccination, le bénéfice collectif apparaît parfois plus important que le bénéfice individuel. Dans ces conditions, autant il apparaît logique de prendre en compte des contre-indications individuelles, autant la 'clause de conscience' ne peut être admise car elle est contradictoire avec les objectifs de protection collective »<sup>10</sup>.

Les défenseurs les plus actifs de la vaccination sont sans doute encore aujourd'hui les professionnels de la santé et de l'éducation qui s'appuient, à tort ou à raison, sur l'obligation. Adopter complètement le modèle libéral, c'est prendre le risque de laisser aux personnes le choix de ne pas se faire vacciner, sur la base d'inquiétudes liées aux accidents vaccinaux, d'un calcul fondé sur la protection individuelle, d'une conception alternative de l'immunité ou simplement d'une absence de prise en compte de la menace.

« [Si l'obligation disparaît] Je pense qu'elle [la couverture vaccinale] va un peu diminuer, mais en France on le devra peut-être plus au laxisme des citoyens qu'à une information réelle »<sup>11</sup>.

Se défaire de l'obligation aujourd'hui, c'est ne jamais la rétablir, au risque de ne plus pouvoir atteindre la couverture vaccinale attendue ou, du moins, en obligeant à consacrer une plus grande part des ressources publiques (campagnes de publicité, formation des professionnels...) à la poursuite de cet objectif.

---

<sup>9</sup> Réponse du Ministère de la Santé à la Question écrite n° 25156 du 22 septembre 2003 du Député Jean-Claude Mathis, Union pour un Mouvement Populaire, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 22 décembre 2003.

<sup>10</sup> Réponse du Ministère de la Santé à la Question écrite n° 27463 du 03 novembre 2003 de la Députée Anne-Marie Comparini, Union pour la Démocratie Française, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 29 juin 2004.

<sup>11</sup> Responsable ALIS, octobre 2004.

## **Ce qui changerait en cas d'abrogation des obligations vaccinales : hypothèses**

Nous envisageons ici le cas d'une disparition généralisée des vaccinations obligatoires. Dans une certaine mesure, ces hypothèses sont soutenables dans le cas d'une disparition partielle comme celle, possible dans un proche avenir, relative au BCG. Nous ne reprenons pas ici l'hypothèse de la clause de conscience, écartée à deux reprises par le Parlement et n'ayant clairement pas la faveur des autorités sanitaires, et dont on peut considérer à partir des exemples anglo-saxons qu'elle constitue un compromis instable générateur de conflits et de tensions autour de la vaccination.

### ***Le devenir des associations : disparition ou renforcement ?***

Comme pour tout mouvement social fondé sur une souffrance et une revendication partagées par ses membres, le risque de démobilisation par l'accomplissement de leurs objectifs existe pour les associations de lutte contre l'obligation vaccinale. À la fin du combat contre la variole dans les années 1970, la Ligue a connu un fort reflux du nombre de ses adhérents. Ses responsables savent d'ailleurs parfaitement que leur capacité d'action et de mobilisation est liée au contexte de la contrainte vaccinale.

« Chaque fois qu'on a une victoire on perd la moitié de nos adhérents. Si on prend l'exemple de l'Espagne, on a la *Liga para la libertad de vacunaciones*, le même nom que nous alors qu'il n'y a pas du tout d'obligation vaccination ! »<sup>12</sup>.

Néanmoins, nous avons souligné que deux éléments importants peuvent inverser cette tendance. D'une part, en raison des difficultés à maintenir l'existence d'un débat public continu sur les obligations, la décision des pouvoirs publics soulèverait vraisemblablement surprise et intérêt et serait considérée comme une victoire des associations, renforçant de ce fait leur notoriété et leur pouvoir d'information. D'autre part, certaines de ces associations ont clairement pour objectif la disparition de toutes les formes de vaccination. La victoire contre l'obligation ne serait dès lors qu'un premier pas les encourageant dans leurs combats à venir contre « le dogme vaccinal » et contre « l'influence corruptrice » des laboratoires pharmaceutiques.

De plus, l'inscription de ces associations dans le cadre sanitaire les fait bénéficier des ressorts aujourd'hui accessibles aux associations de victimes. Dans le cas de la disparition de l'obligation, une partie de leur devenir est sans doute lié à une capacité d'articulation entre la critique radicale de la théorie vaccinale et l'adoption de procédures et de modalités de preuve s'inscrivant dans une épidémiologie académique.

### ***Le devenir du système d'indemnisation des accidents vaccinaux : banalisation ou disparition ?***

Le système français d'indemnisation des accidents vaccinaux repose uniquement sur les vaccinations obligatoires, imposées par l'État et dédommagées par l'État. La disparition de l'obligation poserait la question de la transformation de ce système. Il nous semble que deux voies distinctes peuvent être suivies : l'abandon de toute forme d'indemnisation spécifique ou la généralisation du dispositif à l'ensemble des vaccinations.

---

<sup>12</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

Ces deux solutions génèrent des critiques croisées de la part des associations : l'abandon de l'indemnisation montrerait « une fois de plus » l'absence de considération de l'État pour les victimes, à la manière de ce qui s'est passé pour le vaccin contre l'Hépatite B. Rappelons que seuls les dossiers liés à une obligation professionnelle avaient été traités dans ce cadre.

A contrario, la généralisation de l'indemnisation est toujours susceptible d'être critiquée comme une façon de cacher la réalité de l'étendue des accidents vaccinaux, en préférant le secret d'une transaction au débat public des tribunaux :

- « Moi je pense qu'il faut aller au civil ou au pénal, et il faut que les laboratoires paient. Point. Comme les marchands de cigarettes.
- Donc vous seriez plutôt contre tout système d'indemnisation mutualiste, au profit de la voie juridique ?
- Oui, oui, parce que dans ce système-là rien n'apparaît au grand jour. Aujourd'hui, on me dit : 'vous ne menez plus d'action au tribunal sur les vaccins'. Non, précisément : comme il y a une commission d'indemnisation on n'en parle pas, donc c'est qu'il n'y a pas de problème. Moi je préfère le procès, qui met au moins les choses en lumière. Et puis, excusez-moi, les milliards qui sont encaissés, il faut qu'ils pensent que c'est pas comme ça, c'est pas gratis »<sup>13</sup>.

Sortir de la vaccination obligatoire, c'est aussi banaliser le statut de la responsabilité liée à l'administration du vaccin, en en faisant un acte thérapeutique comme un autre. Dès lors, se pose la question de l'inclusion de l'ensemble des accidents vaccinaux dans l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Accidents Nosocomiaux (ONIAM)<sup>14</sup>.

Parallèlement au système indemnitaire, les modalités d'action en justice sont profondément modifiées par la sortie de l'obligation vaccinale. Si, dans le cas de l'hépatite B, les laboratoires pharmaceutiques ont déjà été visés, conformément au cadrage sanitaire décrit plus haut, les associations envisagent de poursuivre les médecins dans le cadre de vaccinations non obligatoires.

- « À l'époque où le DTP était obligatoire, on a gagné des procès à l'administratif. Mais on a gagné des procès parce qu'on a eu une expertise qui nous a suivi. Si on a cette expertise qui nous suit au pénal ou au civil, ce sera la même chose sauf qu'on attaquera le laboratoire et que même, ça ce dessine aujourd'hui, on pourrait attaquer le médecin. Car tout ce qui précède un vaccin, c'est un acte médical, donc le médecin s'engage et donc il a aussi sa responsabilité et son assurance doit aussi être capable de rembourser, il n'y a pas que le fabricant, particulièrement pour un vaccin qui n'est pas obligatoire. Quand un vaccin est obligatoire, on ne peut pas attaquer le praticien, il a exécuté la politique de santé publique, ce à quoi il s'est engagé, on peut rien lui reprocher »<sup>15</sup>.

Si l'on se fonde sur l'expérience de l'hormone de croissance, on peut raisonnablement affirmer qu'un système d'indemnisation aujourd'hui mis en place ne serait pas choisi par

---

<sup>13</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

<sup>14</sup> Par amendements du Sénat, le système d'indemnisation des vaccinations obligatoires a été confié à l'ONIAM début 2004. Sur ce sujet, de nombreuses questions parlementaires ont été posées. Voir par exemple la Question écrite n°53081 du 30 octobre 2000 du député Hervé Morin, Union pour la démocratie française, *Journal Officiel de l'Assemblée Nationale*, 10 décembre 2001 : « Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, actuellement en discussion au Parlement, ne modifie pas ces règles de responsabilité. Il va cependant permettre, d'une part, d'accélérer la procédure en réduisant à moins d'un an sa durée et, d'autre part, d'indemniser en cas d'accident non fautif les victimes présentant un préjudice supérieur à un seuil de gravité qui sera fixé par décret ».

<sup>15</sup> Responsable LNPLV, novembre 2004.

l'ensemble des victimes, entraînant *de facto* l'existence de deux processus concurrents et le problème d'une compensation équitable pour l'ensemble des victimes. Aussi, au cas où un système d'indemnisation serait maintenu, il semble souhaitable qu'il permette à chaque personne d'être indemnisée tout en conservant la possibilité d'ester en justice, limitant dès lors la double critique que nous venons de rapporter. L'étude internationale publiée par Geoffrey Evans<sup>16</sup> montre la variété des dispositifs possibles, tant en termes de modalités de décision qu'en termes d'éléments de preuve ou de procédures contentieuses.

### ***La couverture vaccinale : normalisation ou abandon ?***

La littérature médicale montre que les accidents vaccinaux constituent une cause importante de défiance vis-à-vis des vaccins. Dans le cadre français, l'exemple le plus frappant est évidemment celui du vaccin contre l'Hépatite B chez les nourrissons. La publicité de ces accidents est notamment liée au travail politique opéré par les associations de victimes, en partie repris par les associations anti-vaccinales. C'est sans doute le facteur le plus important dans la baisse de la couverture vaccinale, de même que la croyance en la menace épidémique soutient un fort taux de couverture. Cette mobilisation autour des accidents est susceptible de changer le statut de ces vaccinations avec l'aménagement ou l'abandon des recommandations. Peut-on penser pour autant qu'en dehors de toute pression de ce type, le changement de statut légal d'un vaccin implique une modification de couverture ?

Il est clair que le passage à l'obligation a souvent été suivi d'une augmentation de la couverture vaccinale rapportée, à condition que des dispositifs d'accompagnement (logistiques, financiers, pédagogiques et répressifs) soient mis en place<sup>17</sup>. À l'inverse, l'adoption de clauses de conscience par rapport à une obligation, tout comme la restriction d'une recommandation à une population spécifique, sont susceptibles de faire chuter la couverture vaccinale<sup>18</sup>. Mais ces modifications n'ont lieu que parce que le changement de statut découle d'un changement de politique vaccinale. S'il s'agit simplement d'abandonner l'obligation pour adopter le modèle libéral d'administration<sup>19</sup>, il n'est pas sûr que la couverture vaccinale diminue, pour autant que cette option soit clairement expliquée et défendue.

---

<sup>16</sup> Evans (1999). Nous reproduisons en annexe 7 (page 102) son tableau comparatif des systèmes existant à travers le monde et concernant douze pays.

<sup>17</sup> Sur le cas italien, voir Paolo Bonanni, Mauro Bergamini, « Factors influencing vaccine uptake in Italy », *Vaccine*, vol. 20, Suppl. 1, 15 Octobre 2001, pp. S8-S12. Sur le cas belge voir A. Vellinga, A.-M. Depoorter et P. Van Damme, « Vaccination coverage estimates by EPI cluster sampling survey of children (18-24 months) in Flanders, Belgium », *Acta Paediatrica*, vol. 91, n°5, 1er mai 2002, pp. 599-603.

<sup>18</sup> Sur le cas tchèque du BCG voir L. Trnka, D. Dankova, et E. Svandova, « Six years' experience with the discontinuation of BCG vaccination », *Tuber Lung Dis*, vol. 74, n°3, Juin 1993, pp. 167-72. Par contraste, on peut lire sur le cas suédois : V. Romanus, H.O. Hallander, P. Wahlen, A.M. Olinder-Nielsen, P.H. Magnusson, I. Juhlin, « Atypical mycobacteria in extrapulmonary disease among children. Incidence in Sweden from 1969 to 1990, related to changing BCG-vaccination coverage », *Tuber Lung Disorder*, Vol 76, n°4, Août 1995, pp. 300-310.

<sup>19</sup> À l'image de la Norvège qui a abandonné au 1<sup>er</sup> janvier 1995 l'obligation vaccinale du BCG tout en maintenant une recommandation de vaccination en population générale adolescente, cet abandon correspondant à une « normalisation » du statut du BCG (communication personnelle avec un membre de l'Institut norvégien de santé publique). Sur la couverture BCG norvégienne voir B.A. Winje, E. Heldal & F.O. Pettersen, « Tuberculosis Trends in Norway and New Public Health Interventions », *EpiNorth Journal*, novembre 2004, <http://www.epinorth.org/artikler/?id=44883>.



## ANNEXES

### 1. Grille pour les entretiens auprès de responsables d'associations de lutte contre l'obligation vaccinale

- Quels types d'actions menez-vous contre l'obligation vaccinale ?
  - Relance : auprès des députés et sénateurs ?
  - Relance : auprès des professionnels de santé ?
  - Relance : auprès de particuliers confrontés à des exclusions, à des amendes ou à des peines ?
- Quel système alternatif envisagez-vous pour remplacer la vaccination obligatoire ?
  - Relance : la clause de conscience ?
  - Relance : la proposition de loi de Christine Boutin
- Que pensez-vous des campagnes de vaccination ciblée du type méningocoque en 2003 ?
  - Relance : quelles actions avez-vous engagées contre ces campagnes ?
- Que pensez-vous des obligations professionnelles, comme le vaccin contre l'hépatite B pour les professionnels de santé ? Par quoi les remplacer ?
  - Relance : quelle protection pour les patients ?
- Quel système d'indemnisation pour les accidents vaccinaux, sachant que l'actuel ne peut être mis en œuvre que dans le cadre des vaccinations obligatoires ?
- On évoque depuis plusieurs années la possibilité de remplacer l'obligation vaccinale du BCG par une vaccination ciblée sur des populations à risques ? Qu'en pensez-vous ?
  - Relance : discrimination des populations ?
- Quel type de financement pour les vaccinations ? Remboursement des vaccins seulement recommandés ?
- Si l'obligation vaccinale était levée, quel avenir voyez-vous pour votre association ?

## 2. Tableau des obligations vaccinales en population générale

	France	GB	Belgique	Italie	Norvège	Suède	Suisse	US
<b>Coqueluche</b>								
<b>Diphthérie</b>	1938			1939			1952 (certains cantons)	
<b>Grippe</b>								
<b>Haemophilus influenzae</b>								
<b>Hépatite B (VHB)</b>				1991				
<b>Oreillons</b>								
<b>Pneumocoque</b>								
<b>Poliomyélite</b>	1964		1966	1966				
<b>Rougeole</b>								
<b>Rubéole</b>								
<b>Tétanos</b>	1939			1968				
<b>Tuberculose (BCG)</b>	1950				1947-1995			
<b>Variolle</b>	1902-1984	1840-1895	1946-1978	Variable-1977	1811-1976	1816-1976	1863-1976	variable (certains états)

### 3. Comment décontaminer un corps vacciné

#### FICHE THÉRAPEUTIQUE (extrait) :

#### Que faire pour neutraliser un vaccin ?

En cas d'impossibilité totale d'échapper à un vaccin (chantage professionnel, refus d'entrée dans un centre de formation, etc.), se munir d'un tube d'argile en pâte (vendu en diététique), d'une bande de gaze et de sparadrap. Gagner les toilettes aussitôt après l'injection et étaler abondamment l'argile à l'emplacement du vaccin avant de fixer le pansement. Garder au moins deux heures. Le vaccin sera absorbé en totalité par l'argile.

Toutes les opérations de ce genre qui ont été effectuées sur des bébés ou des chiens et des chats se sont avérées efficaces à 100%, sans apparition des manifestations courantes (température, abattement...).

Par mesure de sécurité, on pourra en plus stimuler les défenses par les différentes méthodes qui suivent, au choix ou en association :

**- Chlorure de magnésium :**

40 mL de solution pour un adulte - 25 mL pour un enfant, trois fois par jour, le jour de la vaccination et le lendemain. Préparation 20g (1 sachet) dans 1 litre d'eau (en pharmacie). *Revoir ci-dessous.*

**- Extrait de pépin de pamplemousse :**

30 gouttes dans de l'eau, 3 fois par jour pendant 2 à 3 jours.

Disponible par exemple à [Source Claire](#), BP 32, 91650 BREUILLET - Tél 01 64 58 64 82 / Fax 01 64 58 45 34

**NB:** Découvert en 1980, son action s'étend à environ 800 souches de bactéries et de virus, et à environ 100 souches de champignons, ainsi qu'à un très grand nombre de parasites unicellulaires. C'est un score unique, qui en fait le plus puissant antibiotique naturel connu, alors que l'action des antibiotiques conventionnels se limite aux bactéries. De plus, contrairement à ces derniers, il est totalement dépourvu de toxicité et stimule les défenses immunitaires au lieu de les inhiber.

*"Secrets et merveilles du pamplemousse", Ed. Médicis, 125 FF + Dossiers VSP n°24 et 41.*

**- Vitamine C naturelle : acérola ou cynorrhodon 2 à 3 g par jour pendant 2 à 3 jours.**

Disponible par exemple à [Wholesale Nutrition](#), 5 rue du Bois des Nots, 91640 VAUGRIGNEUSE - Tél 01 47 55 48 76

*"Notre ange gardien, la vitamine C", Dr Pierre Corson, Ed. Guy Trédaniel + Dossiers VSP n° 34 et 36.*

Vous trouverez aussi dans cette fiche ce qu'il faut faire si vous (ou votre enfant) avez reçu le vaccin sans qu'aucune précaution n'ait été prise.

Vérités Santé Pratique n°44, 11 septembre 1999

La veille de la vaccination, l'enfant n'aura mangé que des fruits, et c'est seulement cela qu'il prendra encore le jour de la vaccination et le lendemain. On lui donnera une cuillerée à café d'argile dans un demi-verre d'eau, du jus de citron dans de l'eau (à peu près un demi-citron par année d'âge, et par jour).

Ensuite, vous donnez des bains de siège à l'enfant: seulement les parties génitales doivent reposer 10 à 15 minutes dans de l'eau fraîche. Ensuite, on couvre l'enfant de couvertures chaudes pour le faire transpirer. On recommence ce procédé 2 fois par jour pendant 2 jours.

Il y a de l'homéopathie qui peut aussi être bénéfique, informez-vous auprès d'un homéopathe.

<http://www.consciencedupeuple.com/>

## Comment se décontaminer des vaccins Hépatite B

*À un moment où 25 millions de Français, grands et petits, se trouvent vaccinés de l'hépatite B, vaccin n'ayant fait jusqu'ici qu'une seule preuve, celle d'avoir induit la sclérose en plaques chez plus de mille victimes et "cassé" des centaines de milliers d'autres vaccinés, atteints dans leur énergie vitale, nous sommes assaillis par une question légitime.*

Alors que l'on nous a trompés en nous faisant croire que ce vaccin était obligatoire, et qu'il y avait beaucoup de morts par cette maladie, et quand on sait que ce vaccin est fabriqué sur matériel génétique du dangereux SV40 et des cellules cancéreuses d'ovaire de hamster, comment peut-on faire pour se prémunir d'un éventuel cancer induit dans les années à venir, puisque c'est, paraît-il, le risque encouru ?

Voilà donc ce que je propose à tous ceux qui me posent cette question, et que je ferais si j'avais moi-même reçu ce vaccin.

### 1. Pratiquer une isothérapie urinaire

Cette méthode est issue de l'amaroli indien, consistant à se régénérer en buvant de son urine au lever. Elle était déjà enseignée par les Ayur Vedas il y a 5 000 ans. Comme le travail du corps va consister à homéopathiser cette urine par des remontées successives de l'intestin grêle au cavum via les voies lymphatiques, les battements du cœur faisant office de secousses, il est évident que la prise d'une urine pré-homéopathisée présente des avantages dans le confort du remède. D'autant plus que l'urine ingérée à l'état brut, c'est-à-dire sous forme allopathique, risque dans un premier temps d'aggraver les symptômes ou déclencher des réactions émonctoires tellement vives que leur contrôle peut s'avérer problématique (fièvre brutale, adénite, abattement, éruptions, etc.). Notons que les Indiens sont moins pollués que nous et sont pour la plupart végétariens. L'auto-iso-urinaire a été largement utilisée avant la Deuxième Guerre mondiale et a connu un succès mettant à mal le commerce pharmaceutique (déjà !). C'est pour cela que les multiples études à propos de cette thérapie économique ont mystérieusement disparu.

En fait, l'auto-iso-urinaire est le remède le plus personnalisé que l'on puisse imaginer puisque l'urine contient le bilan total de notre fonctionnement, aussi bien sur les plans bactériologique, hormonal, métabolique, énergétique, et même émotionnel.

Pourtant, il se pose un problème spécifiquement français en raison d'une réglementation aussi stupide que malveillante : celle de l'obligation de chauffe, pour des raisons fallacieuses de sécurité bactériologique. En effet, tous les produits homéopathiques d'origine organique sont soumis à cette règle — en France — ce qui fait que l'on obtient une homéopathie "de pot-au-feu". Les plus grands laboratoires homéopathiques allemands Heel et Wala ne font pas cela. Réfléchissons qu'à partir de la dilution 12 CH (concentration 10-24), il n'y a plus aucune molécule, donc plus de bactéries ni de virus... C'est le seuil de la loi d'Avogadro. Ceci est un des multiples "sabotages" de l'homéopathie officielle en France, visant à ne pas nuire à l'industrie pharmaco-chimique. Il est donc nécessaire de faire réaliser l'iso-urinaire en Allemagne, en Suisse ou tout autre pays que la France. Vive l'Europe !

### Comment procéder ?

D'abord, consulter le médecin le plus proche de la liste pouvant être obtenue sur demande au Syndicat Hippocrate en joignant une enveloppe timbrée.

Ce médecin vous demandera de :

- recueillir votre première urine du matin (pas le début, pas la fin)
- la transposer dans un flacon de 30 ml environ
- incorporer 20% (1/5) d'alcool à 60°
- envoyer le flacon au laboratoire désigné par ses soins.

Le traitement auto-iso-urinaire s'étend généralement sur 3 semaines, renouvelable si besoin. La dilution est définie et personnalisée par le médecin traitant.

### 2. Faire effectuer un iso-vaccin

C'est le même médecin traitant qui peut faire cette prescription à réaliser par le laboratoire de son choix.

Cette technique tient moins compte des réactions de votre organisme, mais présente le produit brut homéopathique d'une façon similaire à la méthode Elmiger. Il convient de savoir si l'on a reçu de l'Engerix ou du Genhevac.

Il est souvent proposé 3 prises doses à 8 jours d'intervalle : 1e dose en 30 CH, 2e dose en 15 CH, 3e dose en 9 CH.

Ou bien 3 prises à 15 jours d'intervalle, avec 1e dose en 10 000 K, 2e dose en 1 000 K et 3e dose en 200 K.

### 3. Prendre 3 élixirs de minéraux

En alternance sur 3 semaines au coucher :

- Axinite 7 DK\* : 10 gouttes  
restaure les altérations génétiques de l'ADN (utilisé pour la chimio)
- Barytine 7 DK\* : 10 gouttes  
désintoxication médicamenteuse rapide par activation rénale
- Turquoise 7 DK\*  
anti-poison puissant.

D'autres méthodes peuvent être valables. Je propose ce que je connais bien — mais ce n'est pas limitatif. Contrairement aux laboratoires qui garantissent l'immunité et la non dangerosité de leurs vaccins sans rien en connaître à long terme, l'honnêteté intellectuelle ne me permet pas de garantir à 100% l'efficacité de cette méthode de décontamination, par manque de recul. Elle a très souvent bien fonctionné pour d'autres vaccins plus classiques, il reste à espérer qu'il en soit de même pour cette soupe diabolique.

Nota. Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez également contacter la "Commission des victimes des vaccinations et des accidents thérapeutiques du Syndicat Hippocrate" :

Dr Marc Vercoûtère  
3 bis, rue Henri Faisans, 64000 PAU  
Tél./Fax 05 59 84 87 62

<http://soignez-vous.com>

#### 4. Un certificat médical de contre-indication militant

Docteur [REDACTED]

Homéopathie / Acupuncture

[REDACTED]

Conseil de l'Ordre n° [REDACTED]

Consultations sur Rendez-Vous  
le matin uniquement.

Tel : [REDACTED]  
Fax : [REDACTED]

Le 28 mars 1996

Je soussigné, Docteur [REDACTED], certifie que l'état de santé de :

[REDACTED], né le [REDACTED] 1988

contrindique de façon absolue et définitive toute vaccination ou revaccination, ainsi que les tests tuberculiques (*qui ne sont d'ailleurs « obligatoires » que préalablement à une vaccination par le BCG qui est ici contre-indiquée*).

Sont contrindiqués en particulier :

- le BCG,
- le vaccin anti-tétanique,
- le vaccin anti-diphtérique,
- le vaccin anti-poliomyélitique,

et tous les autres vaccins sans aucune exception, comme celui de l'Hépatite B.

*Ce certificat a un caractère définitif.* Il est donc inutile d'en prévoir de nouveaux périodiquement. Toute contestation ou pression illégale venant à l'encontre des termes de ce certificat, émanant de qui que ce soit, entraînera immédiatement des poursuites judiciaires pour infraction à l'article 432-4 du Nouveau Code Pénal concernant le respect de la liberté individuelle de chaque citoyen. (Peines encourues = 7 ans d'emprisonnement et 700 000 F d'amende).

Certifié exact, fait à [REDACTED], à la demande des intéressés, pour valoir ce que de droit et remis en mains propres.

COMMUNE de [REDACTED]

Pour photocopies certifiées  
conformes à l'acte original  
délivré le  
Le Maire

100



## 5. Fiche de recueil des effets secondaires des vaccinations (ALIS)

<b>Fiche de recueil des effets secondaires des vaccinations</b>																															
<b>Code Pays</b> .....	<b>Observateur n°</b> .....	<b>Patient n°</b> .....																													
Observateur : <b>Nom Prénom et adresse :</b>																															
----- <small>cette partie sera découpée devant huissier pour garantir l'anonymat des données recueillies</small>																															
[code 02] <b>Code Pays</b> .....	<b>Observateur n°</b> .....	<b>Patient n°</b> .....																													
Patient <b>Date de naissance :</b> <b>Sexe :</b> <b>Groupe sanguin :</b>																															
<b>Date de l'observation :</b>																															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Vaccin suspecté</b> [code 03] :</p> <p>désignation (nom générique, nom commercial) :</p> <p>date des doses reçues et n° de lot :</p>   <p>Etat du patient au moment de la vaccination :</p>   <p>La vaccination a-t-elle eu lieu malgré une contre-indication ?   <input type="checkbox"/> non   <input type="checkbox"/> oui    Vous pouvez préciser :</p> </div>																															
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Autres vaccins reçus</b> [code 04] :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">dates</th> <th style="border-bottom: 1px solid black;">désignation (nom générique, nom commercial)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> </tbody> </table> </div>				dates	désignation (nom générique, nom commercial)																										
dates	désignation (nom générique, nom commercial)																														
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Symptômes</b> [code 05] :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">dates</th> <th style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;">description</th> <th style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">traitement</th> <th style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">améliora/aggrava</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td><td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td></tr> </tbody> </table> </div>				dates	description	traitement	améliora/aggrava																								
dates	description	traitement	améliora/aggrava																												

Cette fiche est à renvoyer dans son intégralité à :

**ALIS : B.P. 23 – 34190 GANGES**

**Diagnostic post-vaccinal** [code 07] :

(Evolution, séquelles, réversibilité, décès, etc.)

**Antécédents** [code 08] :

**Personnels**

– grossesse, naissance, allaitement :

– maladies infantiles (dates) :

– autres pathologies :

**Familiaux**

– en rapport avec le diagnostic post-vaccinal :

– autres pathologies (troubles articulaires, hormonaux, cardio-vasculaires, neurologiques, digestifs, auto-immuns, ORL, diabète, cancer, allergies telles : asthme, eczéma, rhinite, tuberculose, autres, etc.)

Préciser :

**Autres informations** [code 09]:

(Analyses, autres investigations, traitements suivis, etc.)

*(Nous garantissons l'anonymat des données figurant sur ce questionnaire)*

## 6. Le DTP n'est plus obligatoire (LNPLV)

### Comment réagir face aux solutions proposées ?

- Peut-on réclamer que soit quand même fait le vaccin antitétanique seul ? NON !**  
Car pour satisfaire à l'obligation vaccinale la législation précise : Article L3111-2 "La vaccination antitétanique par l'anatoxine est obligatoire et doit être pratiquée en même temps et dans les mêmes conditions que la vaccination antidiphthérique prescrite à l'article L. 3111-1."  
Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont pratiquées la vaccination antidiphthérique et la vaccination antitétanique".  
Le vaccin est même appelé (dans d'autres textes) le vaccin mixte antidiphthérique antitétanique
- Peut-on exiger un vaccin DTP associé à l'anticoquelchueux ou/et l'antihémophilus enfluenzae b ? NON !**  
Car ces deux vaccins ne sont pas obligatoires.
- Peut-on demander que soit fait le vaccin Infanrixtetra ? NON !**  
Et pour deux raisons : d'une part ce vaccin contient aussi un vaccin anticoquelchueux et d'autre part il n'a pas d'autorisation de mise sur le marché pour les enfants de moins de 11 ans.
- Peut-on utiliser le Revaxis qui est un vaccin DTP ? NON !**  
Car ce vaccin est indiqué chez l'adulte, (et chez l'enfant de plus de 6 ans) en rappel (non obligatoire) d'une vaccination antérieure.

### Que peut-on faire dans cette situation ? Le médecin sans engager sa responsabilité médicale, peut rédiger une attestation

Attestation de situation vaccinale  
Au regard de l'article R3111-17 de la nouvelle partie réglementaire du code de santé publique [L'admission dans tout établissement d'enfants, à caractère sanitaire ou scolaire, est subordonnée à la présentation soit du carnet de santé, soit des documents en tenant lieu attestant de la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires].  
"Je soussigné (nom prénom) Docteur en médecine atteste que l'enfant (nom, prénom, date de naissance) ne peut recevoir le vaccin DTP antitétanique, antidiphthérique, antipoliomyélique) obligatoire, ce dernier étant indisponible dans les pharmacies en France. Les autres vaccins ne répondent pas au caractère légal de l'obligation vaccinale. Cette situation sera à réexaminer dans un an".

1 L'indication de la période correspond à l'esprit de ce document qui résume une précision de guide.

### Rejoignez les associations membres de l'UNACS



"Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations" - 74016 ANNECY

**Information Santé**  
14000 CAEN

**Santé Pays d'Auge**  
14100 LISIEUX

**Expression Santé Centre**  
18500 VIGNOUX-s/BARANGÉDIN

**AIDAS**  
28800 FORTE LES VALENCE

**"Consommateurs Avisés Respectant Les Intérêts de Notre Environnement"**  
31800 SAINT GAUDENS

**Action Santé Libertés**  
35490 VIEUX-YV-s/COUESNON

**Santé Liberté Touraine**  
37230 FONDETTES

**CDCC 39**  
39000 LONS LE SAUNIER

**"Centre Information Environnement Santé"**  
40430 SORE

**Santé Solidairé**  
44000 Nantes

**Les Ateliers Santé**  
45700 MONTDRESSON

**"Santé Liberté Solidarité Normand"**  
50610 JULLOUVILLE

**"Union de défense des Homéopathes"**  
59110 LA MADELEINE

**Liberté Santé**  
59700 MARCQ EN BAROEUL

**Syndicat Hippocrate**  
64230 LESCAR

"Association de Recherche sur la Bio Réalité Énergétique"  
67000 STRASBOURG

**Groupe Santé Colmar**  
68004 COLMAR

"Institut de Géobiophysique Appliquée"  
68360 DIDENHEIM

"Association Lyonnaise Comprendre et Connaître sa Santé"  
69290 CRAPONNE

"Association de Défense et de Réappropriation de sa Santé"  
69290 CRAPONNE

"UAC Union Associative Consommateurs Pierre Liévin"  
73630 LE CHATELARD

**Groupe Santé d'Amcey (GSA)**  
74000 ANNECY

**Liberté Harmonie Nature**  
75001 PARIS

**Comité Scientifique Pro animal**  
75008 PARIS

**Action Santé Environnement**  
75020 PARIS

**"Solidarité Et Soutien Aux Malades"**  
79130 LE BEUIGNON

**Sophrologie "Ecoute"**  
83400 HYERES

"de Défense des Consommateurs de suppléments Nutritionnels et Botaniques"  
92700 COLOMBES

### Vaccin DTP obligatoire mais introuvable



**Ligue Nationale Pour la Liberté des Vaccinations**



BP 816  
74016 ANNECY cedex  
**Bureaux**  
3 Impasse du Miracle  
74650 CHAVANOD  
**Tel 00 (33) 04 50 10 12 09**  
Fax 00 (33) 04 50 52 68 61

**E-mail**  
LNPLV.acy@wanadoo.fr  
<http://www.lanet.fr/consultation-informations>

**Horaires**  
du mardi au vendredi  
9h à 12h / 14h à 17h

**Unacs**  
Unite sa santé en main

Site: [www.unacs.fr](http://www.unacs.fr) - 02 38 51 31 31



## 7. Comparaison internationale des programmes d'indemnisation des accidents vaccinaux existant en 1999

S26

G. Evans | *Vaccine 17 (1999) S25-S35*

	Germany	France	Japan	Switzerland	Denmark	New Zealand	Sweden	United Kingdom	Quebec	United States	Taiwan	Italy	Norway
Enacted Administrative entity	1961 State (Länder) pension system (federal law guides outcome)	1964 Ministry of Solidarity, Health and Welfare	1970 (1977) Ministry of Health and Welfare	1970 State (Canton) (federal law guides outcome)	1972 (1978) National Social Security Office (NSSO)	1974 Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corp. (semi-govt.)	1978 Pharmaceutical Insurance (non-governmental)	1979 Department of Social Security	1985 Ministry of Health and Social Services	1988 Department of Health and Human Services (DHHS)	1988 Department of Health	1992 Ministry of Health	1995 Ministry of Health and Social Affairs
Vaccines covered	Recommended by Länder (most routine & specific use vaccines)	Compulsory (HBV, D, T, polio, BCG, typhoid)	Recommended (polio, D, M, R, P, JE, and others for control of epidemics)	Recommended by Canton (D, T, P, HBV, inf., Hib, M, M, R, polio)	Governmental provided (free) (D, T, P, M, M, R, polio, Hib, BCG)	All that are administered	All approved products marketed in Sweden	Routine childhood (D, T, polio, BCG, Hib)	Voluntary (none are required) (D, T, P, M, R, BCG, HAV, HBV, typhoid, etc.)	Routine childhood (D, T, polio, Hib, VZV, M, R, JE, D, T, Inf.)	Compulsory (BCG, HBV, CPV, D, T, P, M, typhoid)	Compulsory (D, T, polio, HBV, typhoid)	Routine childhood (D, T, polio, BCG)
Filing deadlines	None	4 years after injury stabilization	No limit	None (individual Canton may have limits)	1 year after onset of symptoms	1 year (exceptions if claim is incomplete)	3 years after being made first aware of injury	Within 6 years of the latest of either vacc. Date or age 2	3 years after vacc. or onset of chronic illness	Injury: 3 years death: 2 years (after onset of symptoms)	1 year after vaccination	Injury: 3 years death: no limit	Not specified
Compensable injuries	Injuries exceeding the extent of usual vaccine reactions	All damage directly attributable to vaccination	Disability or death resulting from vaccination	Injury has to exceed abnormal postvaccinal reaction	Injuries with reasonable probability caused by vaccine	Vaccine-related injury that is rare and severe	Those noted as side effect in PDR) or in medical literature	Severe disability to extent of 80% or more as a result of vaccination	Any serious, permanent damage (physical or mental) including death	Injuries listed on the Vaccine injury Table or by proving causation	Table of compensable injuries	Death or injury resulting in permanent physical or mental impairment	Not specified
Process and decision-making	Claims evaluated by Länder office in charge of social compensation — utilize medical expert advice	Choice of ministerial commission or administrative tribunal	Committee on Public Health decides eligibility and damages	Health dept. reviews claim and seeks supporting information	Claim reviewed within NSSO — may obtain further information	Patent files claim form, reviewed by ACC Medical Advisory Committee	Claims manager with Zurich insurance makes decision with medical consultation as needed	Claim evaluated by medical officer; makes recommendation to Secretary of State for Social Security	Claim reviewed by 3-member Med. Evaluation Committee; final decision by Minister of Health	DHHS reviews claim and makes recommendation; final decision by US court of Federal Claims	Vaccine Injury Comfort Fund Working Group, Dept. of Health	Medical Hospital Board for eligibility; compensation based on 8 category levels of injury	Ministry of health decides eligibility
Proof needed	Probable cause	Clear and convincing evidence	Not specified	Not specified	Reasonable probability	Balance of probabilities	Strong probability of cause & effect	Balance of probabilities	Balance of probabilities	Balance of probabilities	Balance of probabilities	Not specified	Balance of probabilities
Elements of compensation	Medical costs disability pension, funeral costs	Medical costs, disability pension, death benefits, non-economic dam.	Medical costs, disability pension, death benefits	Medical costs, death benefits, disability pension, non-economic loss	Medical costs, death benefits, non-economic damages	Medical costs, disability pension, death benefits	Unreimbursed medical costs, lost wages, death benefits	Lump sum of payment of statutory sum (£40,000)	Unreimbursed medical costs, rehabilitation costs, death benefits	Unreimbursed past and future medical expenses, lost wages, non-economic loss, attorneys' fees	Medical costs, health care expenses, burial expenses	Free medical care, medication, disability pension, death benefit (lump sum payment)	No precedent (only aware to disability pension, date was a lump sum payment)
Funding source	General revenues of the Länder	National treasury	Treasury: (50%) Prefecture (25%) Municipal: (25%)	General revenues of the canton	National treasury	Employers, wage earners, auto licensing fees, govt., invest. income	Manufacturers pay premiums into fund	Consolidated fund provided by Parliament	National treasury (pre-enactment) and local society covered vac. (post-enactment)	National treasury (pre-enactment) and local society covered vac. (post-enactment)	Manufacturers and community	National treasury	National treasury; contribution from manufacturers
Appeal rights	Yes (with limits)	Yes	Yes	Yes (with limits)	Yes (with limits)	Yes	Yes	Yes (with limits)	Yes	Yes (with limits)	Yes	Yes	Yes
Litigation rights	Yes (with limits)	No	Yes	Yes (with limits)	Yes (with limits)	No	No	Yes (with limits)	Yes	Yes (with limits)	Yes	Yes	No
Claims data	Total: 4569 (76-90) Compensated: 1139	Total: 51 (80-98) Compensated: 37	Total: 2982 (77-98) Compensated: 2720	Total: 1 (70-98) Compensated: 1	Total: 35 (93-98) Compensated: 5	Total: 211 (74-99) Compensated: 68	Total: 140 (78-98) Compensated: 79	Total: 4012 (79-88) Compensated: 890	Total: 142 (87-98) Compensated: 68	Total: 5365 (88-99) Compensated: 99	Total: 123 (88-98) Compensated: 62	Total: 366 (98-98) Compensated: 260	Total: 1 (88-98) Compensated: 1

<sup>a</sup> As of June 1999.

## BIBLIOGRAPHIE CITÉE

- Aronowitz, Robert (1999), *Les maladies ont-elles un sens ?*, Paris, Synthélabo, « Les empêcheurs de penser en rond ».
- Barbot, Janine (1999), « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », *Réseaux*, n°95, pp. 157-196.
- Barbot, Janine (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, « Voix et regards ».
- Beck, Ann (1960), « Issues in the Anti-Vaccination Movement in England », *Medical History*, vol.4, n°4, pp. 310-321.
- Bertrand, Anne (1997), « Pas d'expert dans mon jardin », *Environnement et Société*, n°18, pp. 77-93.
- Bertrand, Anne (2002a), « The Good Scientist, The Bad Layman and the Ugly Smuggler. How to transgress the boundaries of science », colloque EASST « Responsibility under Uncertainty : Science, Technology and Accountability », York, 31 juillet - 3 août 2002.
- Bertrand, Anne (2002b), « Quels échos pour une alerte sur la fertilité masculine ? » in S. Brunet, A. Bergmans, A. Bertrand & P. Biren (eds.), *L'expertise en questions. Gérer l'incertitude dans la société du risque*, Bruxelles, Peter Lang, pp. 45-61.
- Bertrand, Anne (2002c), « Transgresser les frontières : les riverains d'aéroports et le discours expert », in S. Brunet, A. Bergmans, A. Bertrand & P. Biren (eds.), *L'expertise en questions. Gérer l'incertitude dans la société du risque*, Bruxelles, Peter Lang, pp. 83-97.
- Bertrand, Anne (2002d), « Débattre sur un sujet marginal : la diminution de la fertilité masculine », in S. Brunet, A. Bergmans, A. Bertrand & P. Biren (eds.), *L'expertise en questions. Gérer l'incertitude dans la société du risque*, Bruxelles, Peter Lang, pp. 187-203.
- Besançon, Julien (2004), « Les agences de sécurité sanitaire en France. Revue de littérature commentée », *Cahiers du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise*, n°2, Grenoble, CNRS - Maison des Sciences de l'Homme-Alpes, pp. 244 p.
- Bessy, Christian & Chateauraynaud, Francis (1995), *Experts et Faussaires. Pour une sociologie de la perception*, Paris, Métailié, « Leçons de choses ».
- Boltanski, Luc (1984), « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°51, pp. 3-40.
- Boltanski, Luc (1990), *L'Amour et la Justice comme compétences. Trois essais de sociologie de l'action*, Paris, Métailié, « Leçons de choses ».
- Boltanski, Luc ; Chateauraynaud, Francis ; Derouet, Jean-Louis ; Lemieux, Cyril & Torny, Didier (1996), « Alertes, affaires et catastrophes. Logique de l'accusation et pragmatique de la vigilance », Séminaire du programme Risques Collectifs et Situations de Crise, Actes de la cinquième séance, Ecole des Mines de Paris, CNRS, 15 février 1996.
- Callon, Michel ; Lascoumes, Pierre & Barthe, Yannick (2001), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, « La couleur des idées ».

- Champagne, Patrick & Marchetti, Dominique (1994), « L'information médicale sous contrainte. À propos du 'scandale du sang contaminé' », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°101-102, mars, pp. 40-62.
- Charlton, Christopher (1983), « The fight against vaccination : the Leicester demonstration of 1885 », *Local Population Studies*, n°30, pp. 60-66.
- Chateauraynaud, Francis (1996), « Essai sur le tangible. Entre expérience et jugement : la dynamique du sens commun et de la preuve », Document de travail, Paris, EHESS.
- Chateauraynaud, Francis (1999), « Qui est garant de la vigilance collective ? » *Environnement et Société*, n°23, pp. 7-32.
- Chateauraynaud, Francis & Torny, Didier (1999), *Les Sombres Précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Recherches d'histoire et de sciences sociales ».
- Chateauraynaud, Francis (2003), *Prospéro. Une technologie littéraire pour les sciences humaines*, Paris, CNRS éditions.
- Convert, Bernard & Demailly, Lise (2003), « Les interactions dans Internet. Mailing-listes et forums dans le domaine de la santé et de la santé mentale », *Communication*, vol.22, n°2, pp. 63-98.
- de Certeau, Michel (1990), *L'invention du quotidien. 1 : Arts de faire*, Vol.1 (Nouvelle édition, établie et présentée par Luce Giard Edition), Paris, Gallimard, « Folio/Essais ».
- Desrosières, Alain (1993), *La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique*.
- Dodier, Nicolas (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure ».
- Durbach, Nadja (2000), « 'They might as well brand us' : working-class resistance to compulsory vaccination in victorian England », *Social History of Medicine*, vol.13, n°1, pp. 45-62.
- Durbach, Nadja (2002), « Class, Gender, and the Conscientious Objector to Vaccination, 1898-1907 », *The Journal of British Studies*, vol.41, n°1, Janvier, pp. 58-83.
- Epstein, Steven (2001), *Histoire du SIDA. 2 : La grande révolte des malades*, Paris, Seuil, « Les empêcheurs de penser en rond ».
- Evans, Geoffrey (1999), « Vaccine injury compensation programs worldwide », *Vaccine*, vol.17, Suppl. 3, October 29th, pp. S25-S35.
- Fagot-Largeault, Anne (1989), *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*, Paris, Vrin.
- Fraser, Stuart M (1980), « Leicester and smallpox : the Leicester method », *Medical History*, vol.24, n°3, pp. 315-332.
- Fujimura, Joan H. & Chou, Danny Y. (1994), « Dissent in science : styles of scientific practice and the controversy over the cause of AIDS », *Social Sciences and Medicine*, vol.38, n°8, pp. 1017-1036.
- Godard, Olivier (ed.) (1997), *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines*, Paris, MSH/INRA.
- Grmek, Mirko (1993), « Le concept de maladie émergente », *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol.15, n°3, pp. 281-296.

- Hennock, E. P. (1998), « Vaccination policy against smallpox, 1835-1914: a comparison of England with Prussia and Imperial Germany », *Social History of Medicine*, vol.11, n°1, pp. 49-71.
- Hermitte, Marie-Angèle (1996), *Le sang et le droit*, Paris, Seuil.
- Hobson-West, Pru (2003), *'Needle politics' : risk, trust and vaccination*, Nottingham, PSA.
- Huerkamp, Claudia (1985), « The History of smallpox vaccination in Germany : a first step in the medicalization of the general public. » *Journal of Contemporary History*, vol.20, n°4, pp. 617-635.
- Joly, Pierre-Benoit ; Assouline, Gérald ; Kréziak, Dominique ; Lemarié, Juliette ; Marris, Claire & Roy, Alexis (2000), *L'innovation controversée : le débat public sur les OGM en France*, Grenoble, Convention DGAL / INRA-CRIDE.
- Kaufman, M. (1967), « The American antivaccinationists and their arguments », *Bulletin of the History of Medicine*, vol.41, pp. 463-478.
- Lambert, R. J. (1962), « A Victorian National Health Service : State Vaccination 1855-1871 », *Historical Journal*, n°5, pp. 1-18.
- Latour, Bruno (1984), *Les Microbes : guerre et paix - suivi de Irréductions*, Paris, Métailié, « Pandore ».
- Latour, Bruno (1995), *La science en action*, Paris, Gallimard, « Folio/Essais ».
- Latour, Bruno (1999), *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*, Paris, La Découverte.
- Levy-Bruhl, Daniel ; Cook, James ; Legonou, Blandine ; Jaffré, Yannick ; Amévigbe, Philippe ; Sanou, G. & Guérin, Nicole (1993), « Approches méthodologiques dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest », *Sciences sociales et santé*, vol.XI, n°2, pp. 9-25.
- MacLeod, R. M. (1967), « Law, medicine and public opinion : The resistance to compulsory health legislation 1870-1907 », *Public Law*, pp.
- Marenco, Claudine & Govedarica, Sélimir (1982), *La vaccination des enfants en France : 1880-1980*, Paris, Rapport pour le CNRS et la DGRST.
- Marks, Harry (1999), *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Synthélabo, « Les Empêcheurs de penser en rond ».
- Mc Evoy, Sebastian (1995), *L'Invention défensive: poétique, linguistique, droit*, Paris, Métailié, « Leçons de choses ».
- Morelle, Aquilino (1996), *La Défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, « Forum ».
- Moulin, Anne-Marie (1996), « La métaphore vaccine », in A.-M. Moulin (ed.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, pp. 127-142.
- Murard, Lion & Zylberman, Patrick (1996), *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard.
- Nelson, Marie Clark & Rogers, John (1992), « The right to die ? Anti-vaccination activity and the 1874 smallpox epidemic in Stockholm », *Social History of Medicine*, vol.5, n°3, pp. 369-388.
- Pinto, Rupal (2001), *Blood poisoning made benign ? Making sense of compulsory vaccination, governmental input, and the individual*, Mémoire de Licence, University of Harvard.

- Pollak, Michael (1988), *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, « Leçons de choses ».
- Porter, Dorothy & Porter, Roy (1988), « The politics of prevention : anti-vaccinationism and public health in nineteenth-century England », *Medical History*, vol.32, n°3, pp. 231-252.
- Porter, Theodore (1996), *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press.
- Rabeharisoa, Vololona & Callon, Michel (1998), « L'implication des malades dans les activités de recherche soutenues par l'Association française contre les myopathies », *Sciences sociales et santé*, vol.16, n°3, septembre 1998, pp. 41-64.
- Rabeharisoa, Vololona ; Callon, Michel & Demonty, Bernard (2000a), « Les associations de malades et la recherche - I. Des self-help groups aux associations de malades », *Médecine/sciences*, vol.16, n°8-9, août-septembre 2000, pp. 945-949.
- Rabeharisoa, Vololona ; Callon, Michel & Demonty, Bernard (2000b), « Les associations de malades et la recherche - II. Les formes d'engagement des associations de malades dans la recherche en France », *Médecine/sciences*, vol.16, n°11, novembre 2000, pp. 1225-1231.
- Severyn, Kristine M. (1999), « Mandatory vaccination », Association of American Physicians and Surgeons : 56th annual meeting, Coeur d'Alene, Idaho, October 14.
- Sköld, Peter (1997), « Offer and request : preventive measures against smallpox in Sweden 1750-1900 », *Health Transition Review*, vol.7, n°97, pp. 75-88.
- Skomska-Geoffroy, Jolanta (1996), « La résistance contemporaine à la vaccination : le cas français », in A.-M. Moulin (ed.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, pp. 423-437.
- Torny, Didier (2001), *Un seul cas suffit. Une étude sociologique de l'engagement du futur en biomédecine*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Vallet, Elisabeth (2003), « Les commissions d'enquête parlementaires sous la Cinquième République », *Revue française de Droit constitutionnel*, n°54, pp. 249-278.
- Weber, Max (1986), *Sociologie du droit*, Paris, PUF, « Recherches politiques ».