

5

Données sociologiques

La littérature sociologique dans le domaine des vaccinations est relativement pauvre ou, plus exactement, limitée. Ses limites sont doubles en ce qui concerne notre propos. D'une part, au niveau de la problématique suivie, les études menées s'attachent pour l'essentiel à rechercher des déterminants (« facteurs ») pesant sur les différents acteurs impliqués dans les pratiques vaccinales. Il n'existe pas, à quelques rares exceptions près, d'analyses sociologiques des dispositifs institutionnels, des intérêts et des enjeux spécifiques au domaine de la vaccination, pas plus qu'il n'existe d'analyses sociologiques des conséquences sociales des pratiques vaccinales. Ces dimensions, lorsqu'elles sont abordées, le sont par des professionnels de santé publique ou des cliniciens, portés à donner sur la question traitée un point de vue « engagé ». D'autre part, et cette seconde limite doit être soulignée avant de passer à l'analyse des études, la quasi-totalité des travaux recensés ici concerne les pays anglo-saxons et les données, comme les résultats et les conclusions proposés, ne valent que pour eux. Ces études peuvent donc nous suggérer des hypothèses, mais pas plus, car il serait hasardeux (et scientifiquement incorrect) d'extrapoler à la situation française les résultats d'une étude menée dans un autre pays, dont le système de santé, les pratiques vaccinales et les représentations sont inscrits dans une histoire différente.

Un problème domine la grande majorité des études, celui de la couverture vaccinale. Sans être trop schématique, on peut dire que les préoccupations qui sous-tendent les recherches ont comme visée l'amélioration de cette couverture, d'où les questions relatives aux facteurs susceptibles d'y faire obstacle et celles touchant aux populations qui ont tendance à échapper aux stratégies de vaccination, parce que marginales (au moins par rapport au système de santé). Il importe d'autant plus de saisir que, en plus d'être « à risque » de non-vaccination, ces populations connaissent des conditions sociales d'existence faisant d'elles des cibles par excellence des maladies infectieuses. En outre, ces populations doublement à risque représentent un foyer possible de persistance, donc de dissémination de telle ou telle maladie, même jusque là apparemment contrôlée. On retrouve donc ici la thématique « classique » en médecine sociale des populations en danger et dangereuses. Le compte rendu de ces études sur la couverture vaccinale sera complété par l'analyse d'une recherche (doublement rare car sociologique et française) sur le mouvement

français de résistance aux vaccinations. Un thème secondaire sera ensuite brièvement abordé, l'articulation de la définition des populations à risque avec la logique économique des études sur les rapports coût-efficacité et coût-bénéfice des stratégies vaccinales.

Facteurs limitant la couverture vaccinale

Les différents facteurs s'opposant à l'obtention d'une couverture vaccinale efficace peuvent être abordés à partir de quelques « grands problèmes » communs à toutes les vaccinations, mais qui peuvent s'exprimer dans des termes différents selon la classe d'âge de la population. Pour la clarté de l'exposé, on abordera ces différents problèmes tels qu'ils se posent à propos de la couverture vaccinale des enfants puis on traitera des aspects plus spécifiques à chacune des autres classes d'âge.

Problèmes relatifs aux « usagers »

Différentes études tendent à minorer l'importance de facteurs comme les connaissances et les croyances relatives aux vaccins et aux maladies évitables par vaccination, tenues il y a quelques années comme largement responsables des défauts de couverture vaccinale. Ainsi, le savoir des parents sur les vaccins et le pourquoi précis de telle ou telle vaccination ne semblent pas jouer un grand rôle dans la compliance des familles (Taylor et coll., 1997 ; Zimmerman et coll., 1996). Une enquête menée en Australie sur les familles venant faire vacciner leur(s) enfant(s) au dispensaire met en lumière le caractère extrêmement limité des connaissances et la compréhension de ces familles, pourtant parfaitement compliantes (Blair et coll., 1997). Aussi n'est-il pas étonnant que les différentes façons de présenter l'information sur une vaccination – en mettant l'accent sur les bénéfices attendus ou au contraire sur les risques encourus – n'ait pas d'influence sur la décision des patients de se faire vacciner (O'Connor et coll., 1996). A noter en revanche, le rôle négatif que semblent jouer pour Zimmerman et coll. les « désordres » familiaux ainsi que le bas niveau des revenus, ces deux facteurs étant corrélés avec un âge plus tardif de vaccination. Le coût financier des vaccinations pour les familles n'intervient toutefois pas directement sur le taux d'immunisation des familles étudiées par Taylor et coll., puisque la gratuité des vaccins ne modifie pas la couverture vaccinale. Ceci laisserait entendre que dans la population des centres urbains nord-américains, la pauvreté, en deçà d'un certain niveau de revenus, est un obstacle à la vaccination des enfants que ne réduit pas la gratuité du produit.

Problèmes relatifs aux agents de la vaccination

Dans quelle mesure les insuffisances de la couverture vaccinale peuvent-elles être imputées aux « vaccineurs » ? La question est posée avec insistance

dans un bon nombre de publications, qui explorent différents facteurs. Pour Meyers et Steinle (1997), aux Etats-Unis dans l'état du Kansas, les médecins praticiens ont une connaissance tout à fait satisfaisante des recommandations faites en matière vaccinale et, si la couverture est imparfaite, d'autres facteurs doivent être recherchés. Ce point est important car, si l'on en croit le modèle élaboré et testé par Pathman et coll. (1996), les médecins (en l'occurrence les pédiatres) qui se plient aux directives en matière de vaccinations obéiraient en majorité (près de 9 sur 10) à la logique cognitivo-comportementale suivante : ils prennent connaissance de ces directives, les approuvent intellectuellement, décident de les adopter puis, régulièrement et en temps voulu, ils les mettent en pratique. Taylor et coll. (1997), Peltola (1997), McDonald et coll. (1997) s'accordent pour donner un rôle essentiel à la motivation des vaccinateurs quels qu'ils soient, même si une mention spéciale est accordée aux généralistes, les meilleurs piliers des campagnes de vaccination en Angleterre, selon McDonald et coll. Il ressort en effet des enquêtes que le taux d'immunisation dépend beaucoup plus de ce paramètre « motivation » que des caractéristiques socio-culturelles et des connaissances des parents. Toutefois, la motivation des agents n'est pas un facteur suffisant pour assurer une couverture vaccinale optimale.

Problèmes liés aux « occasions manquées »

Il apparaît que les praticiens, même motivés, laissent souvent échapper les occasions qui s'offrent à eux au moment des consultations, de vacciner des enfants qui pourtant ne sont pas à jour. Plusieurs facteurs semblent favoriser ces « occasions manquées ». L'un a été particulièrement étudié, qui met en cause le savoir des médecins de première ligne. Une enquête nationale nord-américaine met en évidence que la mauvaise connaissance des contre-indications est une des causes du retard à vacciner les enfants par le vaccin triple rougeole-oreillons-rubéole. Ainsi, l'idée que se font les médecins de l'effet des états fébriles sur la survenue de réactions indésirables à la vaccination. Que les médecins croient (à tort) à l'incidence négative d'une fièvre et ils ne vaccineront pas dans ces conditions. De même, la grande majorité de ceux qui sont convaincus de l'efficacité de ces vaccins hésiteront à vacciner un enfant qu'ils voient pour un trouble des voies respiratoires supérieures. D'où la conclusion qu'il convient d'assurer la formation « vaccinale » des praticiens (England et coll., 1997 ; Zimmerman et coll., 1997a et b). Mais d'autres facteurs d'occasions manquées sont également évoqués, comme l'idée de circonscrire la vaccination dans le cadre de visites médicales *ad hoc*, ou la non-observance des standards en matière de stratégie vaccinale, ou encore la nécessité d'obtenir le consentement des parents pour vacciner. L'incidence de ces facteurs est évaluée à l'occasion d'« études interventions » dont l'objectif est d'éprouver la pertinence de mesures supposées réduire ces « occasions manquées ». Ce qui conduit parfois à reconsidérer les hypothèses de départ.

Ainsi, l'idée que l'on pourrait améliorer le taux d'immunisation en se dégageant de l'obligation du consentement parental se trouve contredite par les résultats de la recherche de Szilagyi et coll. (1996). Dans ce même travail, la tentative d'extension des pratiques vaccinales aux opportunités offertes par la pédiatrie de ville, objet d'une campagne de mobilisation locale des praticiens, si elle permet d'améliorer un peu la couverture vaccinale, s'avère malgré tout décevante. En fait, les deux expériences réalisées par Szilagyi et coll. se heurtent à la même difficulté : si le médecin se trouve prêt à concrétiser l'acte de vacciner à l'occasion d'une consultation quelconque, dans la plupart des cas les parents n'ont pas avec eux les données sur l'état vaccinal de l'enfant et le pédiatre ne peut rien faire. Le travail de Pierce et coll. (1996) revendique une bonne efficacité pour la mise en œuvre d'interventions appliquant les standards définis pour les pratiques pédiatriques. Toutefois, cette efficacité trouve comme limite un taux d'immunisation de 80 %, c'est-à-dire inférieur de 10 à 15 points à la couverture optimale : les fractions de la population les plus défavorisées échappent à la vaccination. Il convient toutefois de ne pas extrapoler des résultats valables pour une situation donnée dans un pays donné. Si les résultats obtenus par Pierce et coll. situent les centres-villes des grandes cités nord-américaines au niveau de la couverture vaccinale mondiale (80 % des enfants de moins de 1 an sont vaccinés pour au moins trois vaccins selon Miller (1996)), la situation semble plus satisfaisante au Canada, où une étude sur un panel représentatif de la population de 20 000 familles montre des taux d'immunisation approchant les 100 % (Duclos, 1997).

Problème de la vaccination des populations défavorisées

Les questions abordées dans ce corpus concernent les pays industrialisés, donc des situations où les populations défavorisées sont minoritaires et le plus souvent dans une position de marginalité sociale relative. La mise au point de stratégies de maximisation du taux d'immunisation par des techniques de relance (courrier ou appel téléphonique rappelant que les vaccins de l'enfant ne sont pas à jour) est prônée, plusieurs enquêtes ayant montré leur efficacité. Ces techniques de relance doivent pouvoir s'appuyer sur l'existence de registres de vaccinations, car ceux-ci offrent des opportunités pour cibler l'éducation et la mise en œuvre de programmes de vaccinations destinés aux groupes socialement défavorisés (Fornili et coll., 1997). Toutefois, la constitution de ces registres bute à toutes les étapes sur la nécessité d'obtenir le consentement des parents qui, pour Fornili et coll., est un frein important à la vaccination. En outre, on peut supposer que les familles les plus marginales (immigrants clandestins, familles sans domicile fixe ou vivant à l'hôtel ou en « bidonvilles ») ne seront que très difficilement inscrites sur ces registres et touchées par ces relances.

Quelques problèmes de couverture vaccinale en relation avec la classe d'âge

La question des populations défavorisées se pose aussi dans le cadre des stratégies de vaccination des adolescents. L'adolescence est un âge important pour les stratégies vaccinales, à la fois parce que c'est l'occasion de pratiquer un certain nombre de rappels (rougeole-oreillons-rubéole, tétanos, diphtérie) et de vacciner contre l'hépatite B ceux qui ne l'ont pas été jusque-là. Or, dans tous les cas, ce sont les populations défavorisées qui sont les plus exposées au risque de contracter les maladies infectieuses « classiques » et c'est parmi elles que l'on va trouver les groupes d'usagers de drogues par voie intraveineuse, candidats par leurs pratiques à la contamination par le virus de l'hépatite B (Halsey et coll., 1997 ; Rappuoli, 1997). D'où l'importance des campagnes de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire (Woodruff et coll., 1996). Mais, selon Rappuoli, celles-ci sont moins efficaces que la vaccination à un âge plus précoce, l'enfant de famille défavorisée restant plus facilement vaccinable que l'adolescent.

En Europe, la couverture vaccinale des personnes âgées contre la grippe varie, pour une part, en fonction de ce que les politiques ont défini comme population cible (soit toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, soit seulement les personnes âgées à haut risque de complications). Mais selon les données connues, le taux de vaccination reste bas dans beaucoup de pays, nettement inférieur à ce qu'il devrait être. Les raisons invoquées mettent en avant les représentations d'un vaccin à l'efficacité douteuse et susceptible d'effets indésirables importants (Nicholson, 1996). De telles réserves ne semblent pas de mise aux Pays-Bas, où le taux de compliance à la vaccination parmi les différents groupes à haut risque approche les 90 % (Van Essen et coll., 1997).

Résistances contemporaines à la vaccination

Une des rares études sociologiques françaises sur le thème des vaccinations porte sur l'histoire du mouvement contre les vaccinations obligatoires dans notre pays (Skomska-Godefroy, 1996). Les principales caractéristiques de la résistance aux vaccinations sont en France les suivantes :

- il s'agit d'un phénomène laïque et non (ou très marginalement) religieux ;
- il trouve ses origines dans les accidents de la vaccination, ses organisateurs et principaux militants étant des proches de victimes ou des médecins ayant vécu une expérience négative.

Le mouvement coalesce autour de ces proches et à travers la « Ligue nationale pour la liberté des vaccinations », des groupes appartenant à la mouvance libertaire, à l'écologie politique, ainsi que des personnalités du monde médico-scientifique en marge des courants dominants (en particulier des homéopathes). Il connaît son heure de gloire dans les lendemains de « Mai 68 », relayée par des médias comme Charlie Hebdo ou La Gueule Ouverte, il

acquiert alors une audience importante, en développant une thématique centrée sur le refus non pas des vaccins, mais de l'atteinte aux libertés que constitue leur obligation. Un lent déclin commence à partir des années quatre-vingt, consécutif à la tendance au désinvestissement militant qui marque la période mais aussi en rapport avec l'apparition de nouveaux types de vaccins provoquant beaucoup moins, sinon plus du tout, d'effets secondaires, et vis-à-vis desquels la Ligue aura du mal à adapter son discours. A ce déclin est associé un phénomène de replis sectaires pour certaines composantes de l'association, débouchant sur des scissions, un affaiblissement consécutif du mouvement et une inflexion de ses thématiques (prenant un tour plus « parano », avec l'idée d'un empoisonnement planifié du peuple).

Aujourd'hui ce mouvement a une incidence faible sur la couverture vaccinale, mais qui n'est pas négligeable pour autant. C'est du moins ce qui ressort des études sur le problème de la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, menées par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) dans le cadre de ses enquêtes « Baromètre santé adultes », pour le versant parents et « Baromètre santé médecins généralistes », pour le versant vaccinoteurs (Baudier et Janvrin, 1997). Parmi les généralistes qui se déclarent peu favorables à cette vaccination (6,3 %), un tiers s'affirment comme des opposants de principe à la pratique vaccinale (il s'agit en particulier de généralistes homéopathes). De leur côté, environ 6 % des parents refusent de soumettre leurs enfants à ce vaccin. Un complément qualitatif de l'étude portant sur les mères non vaccinant met en évidence l'existence d'un sous-groupe systématiquement opposé à la vaccination ; chez les autres, le refus de faire vacciner étant lié au vaccin lui-même, eu égard à la dangerosité supposée mineure des maladies concernées. On peut faire l'hypothèse que, même si les individus hostiles à la vaccination sont extrêmement minoritaires dans le pays, leurs arguments peuvent influencer partiellement d'autres parents lorsqu'il s'agit de vaccinations contre des maladies perçues comme peu dangereuses, n'apportant donc que des bénéfices médiocres. Et rien n'interdit de penser que cette influence puisse s'amplifier en s'appuyant, après le « sang contaminé » et les « vaches folles », sur la méfiance croissante d'une partie de la population vis-à-vis des institutions officielles, comme l'affaire récente de la vaccination contre l'hépatite B semblerait le montrer.

Délimitation des populations à risque, analyse des rapports coût-efficacité et vaccination contre la grippe

Un débat oppose aujourd'hui, au niveau international, ceux qui proposent la vaccination systématique contre la grippe des personnes âgées de plus de 65 ans à ceux qui entendent se limiter aux individus de plus de 65 ans les plus à risque, soit pour des raisons institutionnelles, soit pour des raisons médicales.

98 Si aux Etats-Unis l'opinion dominante est en faveur de la vaccination de

toute personne âgée de 65 ans et plus (Bentley, 1996), en Europe les avis sont partagés. La politique suivie en Grande-Bretagne, restreignant les recommandations auprès des praticiens à la vaccination des seuls plus de 65 ans à haut risque de complications médicales, suscite de vives contestations. Les critiques développent une argumentation qui s'appuie sur les résultats d'évaluation économique de type coût-efficacité pour prôner la vaccination de l'ensemble des plus de 65 ans (Bradley et coll., 1997). Mais, tandis que les tenants des deux points de vue invoquent des légitimations d'ordre économique, un article, présentant la diversité des politiques européennes en la matière, met en évidence la nécessité de procéder pour chaque pays, cas par cas, à des analyses coût-efficacité reposant sur des données fiables, recueillies dans des études randomisées en double aveugle (Nicholson, 1996)). En effet, rien n'autorise d'extrapoler les résultats d'études socio-économiques d'un pays à l'autre, car ni les coûts financiers, ni les dépenses évitées ne sont transposables d'un système de santé à l'autre. Autrement dit, la définition de ce qu'est une population à risque à prendre en compte au niveau d'une politique de santé est médicale et socio-économique et, de ce fait, susceptible de varier d'un pays à l'autre.

En conclusion, Certains résultats discutés ici ne peuvent être transposés à la situation de notre pays ; ils peuvent seulement aider à formuler des hypothèses pour des études qu'il reste à réaliser. Les enquêtes dans le domaine du vaccin triple rougeole-oreillons-rubéole semblent indiquer qu'en France également le taux d'immunisation dépend de la motivation des vaccinateurs. Il serait intéressant de mieux apprécier si la question des « occasions manquées » se présente dans des termes identiques à ceux analysés dans la littérature, et si les problèmes posés par les groupes marginaux et marginalisés et les solutions proposées présentent ou non une spécificité « hexagonale ».

D'une manière générale, il paraît manquer une approche proprement sociologique analysant le fonctionnement du système institutionnel assurant les vaccinations, dans ses diverses composantes. Il conviendrait certainement de traiter des problèmes d'articulations entre les différentes structures (cultures scientifiques différentes, conceptions différentes de la médecine de santé publique, pratiques de médecins salariés ou libéraux...). Un des points à analyser pourrait porter sur la façon dont la dynamique de fonctionnement du système contribue, en fonction de la nature des intérêts en jeu, à la définition des groupes à risque devant faire l'objet de recommandations particulières.

BIBLIOGRAPHIE

BAUDIER F, JANVRIN MP. Les enquêtes populationnelles. *In* : Vaccination et communication – Un cadre pour les actions nationales 1997-1999. Editions du CFES 1997 : 34-48

- BENTLEY DW. Immunizations in older adults. *Infect Dis Clin Pract* 1996, **5** : 490-497
- BLAIR A, DAVIES E, NEBAUER M, PIROZZO S, SABA S, TURNER C. Why immunise. Care giver understanding of childhood immunisation. *Collegian* 1997, **4** : 10-17
- BRADLEY MD, SHELDON TA, WATT IS. Influenza vaccine and older people. An evidence-based policy. *Br Gen Pract* 1997, **47** : 271-272
- DUCLOS P. Vaccination coverage of 2-year-old children and immunization practices - Canada 1994. *Vaccine* 1997, **15** : 20-24
- ENGLAND L, SHELTON R, SCHUBERT CJ. Immunizing preschool children. Beliefs and practices of pediatric residents. *Clin Pediatr* 1997, **36** : 129-134
- FORNILI KS, THALHEIMER JC, HALPERIN PB, KANE DJ. The interdependence of immunization registries and community outreach programs. *Am J Prev Med* 1997, **13** : 90-96
- HALSEY NA, ABRAMSON JS, CHESNEY PJ, FISHER MC, GERBER MA et coll. Immunization of adolescents. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association. *Pediatrics* 1997, **99** : 479-488
- MCDONALD P, FRIEDMAN EHI, BANKS A, ANDERSON R, CARMAN V. Pneumococcal vaccine campaign based in general practice. *Br Med J* 1997, **314** : 1094-1098
- MEYERS DG, STEINLE BT. Awareness of consensus preventive medicine practice guidelines among primary care physicians. *Am J Prev Med* 1997, **13** : 45-50
- MILLER E. Immunisation policies. Successes, failures and the future. *J Clin Pathol* 1996, **49** : 620-622
- NICHOLSON KG. Socioeconomics of influenza, and influenza vaccination in Europe. *Pharmacoeconomics* 1996, **9** : 75-78
- OCONNOR AM, PENNIE RA, DALES RE. Framing effects on expectations, decisions, and side effects experienced – The case of influenza immunization. *J Clin Epidemiol* 1996, **49** : 1271-1276
- PATHMAN DE, KONRAD TR, FREED GL, FREEMAN VA, KOCH GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. The case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care* 1996, **34** : 873-889
- PELTOLA H. Good performance of vaccination by education. *Biologicals* 1997, **25** : 237-239
- PIERCE C, GOLDSTEIN M, SUOZZI K, GALLAHER M, DIETZ V, STEVENSON J. The impact of the standards for pediatric immunization practices on vaccination coverage levels. *JAMA* 1996, **276** : 626-630
- RAPPUOLI R. Current developments in new vaccines for adolescents. *Biologicals* 1997, **25** : 159-163
- SKOMSKA-GODEFROY J. La résistance contemporaine à la vaccination. In : L'aventure de la vaccination, MOULIN AM Ed. Editions Fayard, 1996 : 423-434
- SZILAGYI PG, RODEWALD LE, HUMISTON SG, POLLARD L et coll. Reducing missed opportunities for immunizations – Easier said than done. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996, **150** : 1193-1200

TAYLOR JA, DARDEN PM, SLORA E, HASEMEIER CM, ASMUSSEN L, WASSERMAN R. The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians. A study from pediatric research in office settings. *Pediatrics* 1997, **99** : 209-215

VAN ESSEN GA, KUYVENHOVEN MM, DEMELKER RA. Compliance with influenza vaccination. Its relation with epidemiologic and sociopsychological factors. *Arch Fam Med* 1997, **6** : 157-162

WOODRUFF BA, UNTI L, COYLE K, BOYER-CHUANROONG L. Parents attitudes toward school-based hepatitis B vaccination of their children. *Pediatrics* 1996, **98** : 410-413

ZIMMERMAN RK, AHWESH ER, MIECZKOWSKI TA, BLOCK B, JANOSKY JE, BARKER DW. Influence of family functioning and income on vaccination in inner-city health centers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996, **150** : 1054-1061

ZIMMERMAN RK, BRADFORD BJ, JANOSKY JE, MIECZKOWSKI TA, DESENSI E, GRUFFERMAN S. Barriers to measles and pertussis immunization. The knowledge and attitudes of Pennsylvania primary care physicians. *Am J Prev Med* 1997a, **13** : 89-97

ZIMMERMAN RK, SCHLESSELMAN JJ, BAIRD AL, MIECZKOWSKI TA. A national survey to understand why physicians defer childhood immunizations. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997b, **151** : 657-664