

Laurence Monnais

Vaccinations Le mythe du refus



Vaccinations

univerSanté

Cette collection conjugue les arts, les humanités et les sciences sociales pour faire avancer la réflexion et la recherche sur des questions qui touchent aux mondes de la médecine et de la connaissance. Elle suscite un dialogue enrichissant entre des disciplines qui évoluent généralement en parallèle et offre une lecture inattendue, souvent détonante, des phénomènes de notre société.

Vaccinations

Le mythe du refus

Laurence Monnais

Les Presses de l'Université de Montréal

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec
et Bibliothèque et Archives Canada*

Titre: Vaccinations: le mythe du refus / Laurence Monnais.

Noms: Monnais-Rousselot, Laurence, auteur.

Collections: univerSanté

Description: Mention de collection: univerSanté | Comprend des références bibliographiques.

Identifiants: Canadiana (livre imprimé) 20190012226 | Canadiana (livre numérique) 20190012234 | ISBN 9782760640269 | ISBN 9782760640276 (PDF) | ISBN 9782760640283 (EPUB)

Vedettes-matière: RVM: Vaccination—Aspect social—Québec (Province)—Enquêtes. | RVM: Rougeole—Vaccination—Québec (Province)—Enquêtes. | RVM: Vaccination dans les médias—Enquêtes.

Classification: LCC RA638 M66 2019 | CDD 614.4/709714—dc23

Mise en pages: Folio infographie

Dépôt légal: 2^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Tous droits réservés © Les Presses de l'Université de Montréal, 2019

Cet ouvrage a été publié grâce à une subvention de la Fédération des sciences humaines de concert avec le Prix d'auteurs pour l'édition savante, dont les fonds proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier la Société de développement des entreprises culturelles du Québec.

Financé par le gouvernement du Canada

| Canada

SODEC
Québec

IMPRIMÉ AU CANADA

Liste des abréviations et sigles

ACDI: Agence canadienne de développement international
ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices
ACSP: Agence canadienne de santé publique
AJPH: *American Journal of Public Health*
AMC: Association médicale canadienne
ANPPQ: Association naturopathique de physiothérapie de la province de Québec
APQ: Association des pédiatres du Québec
AQPS: Association québécoise de promotion de la santé
Archives de l'IAF: Archives de l'Institut Armand-Frappier (INRS)
Archives de l'UdeM: Université de Montréal, Division de la gestion des documents et des archives
Archives SCP: Archives de la Société canadienne de pédiatrie
BANQ-Q: Bibliothèque et Archives nationales du Québec (Québec)
BCG: Bacille Calmette-Guérin (vaccin antituberculeux)
BCHM: *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*
BMJ: *British Medical Journal*
BRMI-MM: Bureau régional des maladies infectieuses du Montréal métropolitain
BWHO: *Bulletin of the World Health Organization*
CCNI: Comité consultatif national de l'immunisation
CDC: Centers for Disease Control
CH: Centre hospitalier
CHUL: Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUS: Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC: Centre local de services communautaires
CRSS: Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSSSR-MM: Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

CVI: Children's Vaccine Initiative
DCT: Diphtérie, coqueluche, tétanos (vaccin)
DSC: Département de santé communautaire
EIS: Epidemic Intelligence Service
EVAC: Enregistrement des vaccins
FFQ: Fédération des femmes du Québec
GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunizations, puis Vaccine Alliance
GRAFS: Groupe de recherche et d'action sur les femmes et leur santé
GSK: GlaxoSmithKline
IAF: Institut Armand-Frappier
IMHM: Institut de microbiologie et d'hygiène de l'Université de Montréal
INRS: Institut national de la recherche scientifique
INSPQ: Institut national de la santé publique du Québec
ITS: Infection transmissible sexuellement
JAMA: *Journal of the American Medical Association*
JAMC: *Journal de l'Association médicale canadienne*
LLCM: Laboratoire de lutte contre la maladie
LSC: Ligue de santé du Canada
LSPQ: Laboratoire de santé publique du Québec
LVL: Ligue pour le vaccin libre
MAC: Médecines alternatives et complémentaires
MADO: Maladie à déclaration obligatoire
MAS: Ministère des Affaires sociales
MEV: Maladie évitable par la vaccination
MHL: Mouvement hygiéniste laurentien
MMR: *Measles, Mumps, and Rubella* (vaccin)
MMWR: *Morbidity and Mortality Weekly Report*
MSSS: Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEJM: *New England Journal of Medicine*
NIH: National Institutes of Health
NVAC: National Vaccine Advisory Committee
OMS: Organisation mondiale de la santé
PAHO: Pan American Health Organization
PESS: Panencéphalite sclérosante subaiguë
PEV: Programme élargi de vaccination
PIQ: *Protocole d'immunisation du Québec*
PQ: Parti québécois
RCSP: *Revue canadienne de santé publique*
RDSC-MM: Regroupement des Départements de santé communautaire du Montréal métropolitain

RHMC: *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*

RRO/ROR: rougeole, rubéole, oreillons/rougeole, oreillons, rubéole (vaccin)

SCP: Société canadienne de pédiatrie

SGB: Syndrome de Guillain-Barré

SHNQ: Société d'hygiène naturelle du Québec

SPH: Service provincial d'hygiène

SRAS: Syndrome respiratoire aigu sévère

UMC: *Union médicale du Canada*

UNESCO: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

US: Unité sanitaire

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VRAN: Vaccine Risk Awareness Network

Introduction

Le 20 août 2018, la journaliste scientifique américaine Laurie Garrett écrivait sur son compte Twitter : « À quel moment allons-nous — quand je dis “nous”, je parle des pays où la rougeole réapparaît — accuser Andrew Wakefield de meurtre¹ ? » Andrew Wakefield, l’homme à abattre : en février 1998, ce gastroentérologue britannique publiait, avec une dizaine de collègues, dans le très prestigieux *The Lancet* un article consacré à l’entérocolite autistique, une nouvelle pathologie suggérant un lien entre l’autisme et le vaccin MMR (pour *measles, mumps, and rubella*, rougeole, rubéole et oreillons en français). Ses conclusions auraient sonné le glas de la confiance populaire à l’endroit des vaccins, mené à une chute inquiétante des taux de vaccination et, bientôt, à un retour en force de plusieurs maladies infectieuses. C’est du moins ce qu’un certain nombre de journalistes, de scientifiques, de pédiatres, de vaccinologues et d’experts en santé publique du monde entier clament, deux décennies après leur parution, et près de dix ans après que la revue médicale les eut rétractées, en 2010.

Le titre de notre livre veut bien sûr attirer l’œil. Il cherche surtout à provoquer une réflexion sur les limites de cette équation. Il ne nie pas l’existence de rejets de la vaccination ; il ne veut pas davantage relativiser le caractère crucial de la technique préventive dans l’amélioration de la santé humaine (Poland et Jacobson, 2001²). La

1 “At what point do we all—every nation with resurging measles—charge Andrew Wakefield with murder?”, tweet de Laurie Garrett, 20 août 2018.

2 Cet essai propose un appareil bibliographique et de notes très dense. C’est là une tendance historienne ; en l’occurrence, c’est une façon d’éviter de prêter inutilement

réflexion qu'il annonce ne réhabilite pas non plus la parole d'un médecin à l'éthique discutable³, mais se propose de traduire de façon nuancée des réticences protéiformes et de les replacer dans un *espace préventif*. Avérées ou fantasmées, pensées ou actées, celles-ci sont multiples et on ne peut les saisir si l'on ne sait rien des adhésions aux vaccins et des conditions qui les enserrent. Comment, sinon, réconcilier les scepticismes affichés à l'endroit du vaccin contre la rougeole ou de la grippe et la réclamation appuyée d'une barrière biotechnologique contre le virus Zika, le sida ou le paludisme ? Ce livre veut aussi d'emblée rappeler que le « mouvement antivaccination » est certes une réalité historique — Wakefield n'est pas le père d'une tendance inédite (Salvadori et Vignaud, 2019 ; Johnston, 2004) —, mais qu'il est historiquement éclaté et marginal. Quelques chiffres valent parfois mille mots : on estime aujourd'hui à moins de 2 % les individus qui refusent, pour eux ou pour leurs enfants, *tous* les vaccins, un taux relativement stable dans l'espace et le temps du monde industrialisé⁴.

Partant de cette réalité statistique, notre essai se propose de revisiter trois postulats interreliés. Le premier concerne une assimilation de la vaccination (le fait d'administrer un produit immunisant) avec l'immunisation (le déclenchement d'un processus immunitaire susceptible de protéger contre une infection donnée), un rapprochement métonymique entre un acte et son *effet attendu*. On notera à cet égard que si les deux termes sont souvent employés indifférem-

le flanc à la critique en documentant au maximum les informations et les réflexions qui sont avancées — ce qui ne veut pas dire que nous avons cherché l'exhaustivité : la quête est impossible au vu de la grande actualité de l'antivaccinationisme et des résurgences infectieuses depuis quelques années. S'adressant à un éventail de publics, l'ouvrage peut, quoi qu'il en soit, se lire sans se pencher sur les notes ni sur les ouvrages et articles donnés en référence. Une lecture à géométrie variable, en somme.

3 La rétractation de *The Lancet* portait à la fois sur les limites de l'échantillon établi (de 12 enfants) et sur des problèmes éthiques liés au consentement et à une sélection manipulée des cas étudiés. Wakefield fut également accusé d'avoir reçu de l'argent de la part d'avocats impliqués dans des poursuites de parents contre l'industrie du vaccin (Eggertson, 2010).

4 Neil Rau et Richard Schabas, "Stop the Hysteria About Measles Outbreaks", *The Globe & Mail*, 3 octobre 2018 : theglobeandmail.com/opinion/article-stop-the-hysteria-over-measles-outbreaks ; Julie Leask et Frank Beard "Vaccination Objection Rates Are not Skyrocketing", *The Conversation*, 17 avril 2016 : <http://theconversation.com/vaccination-objection-rates-arent-skyrocketing-57820>.

ment, immunisation est actuellement largement plus emprunté que vaccination; l'Organisation mondiale de la santé (OMS) parle de « politiques d'immunisation » (*immunization policies*). Signe d'une confiance démesurée dans les prouesses de ces produits biologiques? Arme discursive de persuasion? Le glissement sémantique, stratégique ou inconscient, incontestablement lié à l'évolution des connaissances en matière d'immunologie au xx^e siècle (Stern et Markel, 2005), n'en demeure pas moins significatif. Un deuxième postulat confond quant à lui non-vaccination (le fait de ne pas être vacciné) et refus de la vaccination (le fait de ne pas vouloir être vacciné). Cette double confusion autorise, et c'est là une troisième prémisse qui nous semble indispensable à réexaminer, à considérer que la réapparition d'une maladie infectieuse est fatalement le résultat direct du refus des vaccins, un désaveu qui serait finalement l'unique explication de ce type de résurgence.

Notre ouvrage ouvre par conséquent la porte à des questions qui pourront apparaître iconoclastes, voire inaudibles, mais essentielles: et si l'on exploitait mal les chiffres, les cas de maladies évitables par la vaccination (MEV)? Et si la vaccination ne protégeait pas toujours comme elle le devrait? Et si certaines *non-vaccinations* n'étaient pas des rejets explicites de l'acte préventif? Et si la *sélection vaccinale* était une réalité sociétale explicable, voire cohérente?

Les trois raccourcis sur lesquels nous avons l'intention de revenir se révèlent particulièrement ancrés dans les imaginaires contemporains, populaires et, dans une certaine mesure, experts⁵. Ils sont le produit d'ignorances plus ou moins partagées de l'épidémiologie des pathologies infectieuses, de la science immunologique, de la vaccinologie et de leur évolution respective et commune; ils gommement une distance, pourtant fluctuante, entre politiques et pratiques vaccinales; ils ignorent la trajectoire de chacun des produits utilisés; ils reposent souvent sur des données chiffrées au paramétrage éclaté,

5 Nous aimerions d'emblée préciser que des experts parmi ceux que nous avons rencontrés, ou lus, ont une vision multifactorielle encourageante de la perdurance des MEV et une approche critique de la vaccination. C'est le cas, par exemple, de l'épidémiologue québécois Gaston De Serres et du vaccinologue américain Gregory Poland.

peu contextualisées et interprétables à l'envi. Ce réductionnisme ambiant est simultanément, quoique de façon moins visible « à l'œil nu », le produit d'intentions, voire de postures idéologiques dans le cadre de ce que le sociologue américain Jacob Heller (2008) appelle « *the vaccine narrative* », le grand récit des vaccins.

Avec la fin du XIX^e siècle, la vaccination est devenue une arme de prévention massive à l'échelle d'États-nations qui se dotent d'infrastructures de santé publique efficaces et imposent leurs vues à une communauté au nom de sa protection. En quelques décennies, elle va porter la conviction hégémonique que l'annihilation des maladies infectieuses doit être une priorité des politiques de santé internationales. Une guerre sans merci se joue, menée par l'homme contre le pathogène, que le premier se doit de gagner. L'éradication⁶ des maladies infectieuses devient envisageable grâce à la mise au point d'une palette de produits immunisants, contre 11 infections humaines et animales avant 1945, une vingtaine depuis. La métaphore martiale, née avec la bactériologie, est sublimée avec les progrès de l'immunologie (Löwy, 1996); la quête est résolument moderne et ancre une relation symbiotique (Stepan, 2011). La fin, celle des *maladies évitables par la vaccination*, justifiant les moyens, il faut sans relâche insister sur la valeur œcuménique de la vaccination. Les vaccins seraient tous intrinsèquement bénéfiques et chaque *décès évitable par la vaccination* une aberration. Partant de là, ceux qui les boycottent mériteraient l'étiquette d'ignorants égoïstes, sinon de criminels mettant en péril le bien commun.

Le discours actuel sur la « fin de la polio », en passe d'être remplacé par un éloge de la « fin de la tuberculose⁷ », prouve sans

6 Si la définition d'éradication est mouvante, il s'agit *a priori* de la disparition complète, à l'échelle mondiale, d'une maladie infectieuse. À ce jour, la variole est la seule maladie humaine officiellement éradiquée (1980). L'élimination renvoie, elle, à l'arrêt documenté de la transmission d'un microorganisme pathogène (incidence zéro) dans une zone donnée. Elle ne permet pas d'arrêter la vaccination ou d'autres mesures préventives (Molyneux, Hopkins et Zagaria, 2004 : 347). On parle d'élimination de la rougeole *indigène* afin de prendre en considération le fait que des cas importés, étrangers, pourraient entraîner une éclosion (Dowdle, 1998).

7 L'objectif d'éradication de la polio s'est concrétisé à partir de 1985 sous la houlette de l'OMS, de l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) et du Rotary, avant de faire l'objet d'une planification en 1990. La stratégie de l'OMS à l'endroit de la tuberculose date, elle, d'une résolution de 2014 (www.who.int/tb/post2015_strategy/en).

conteste la primauté donnée à cette ligne de conduite à laquelle il n'est pas question de déroger. Il fait écho à un credo policé dans le cadre de la « décennie des vaccins » (*Decade of vaccines*) qui prévoit l'universalisation de l'accès à la vaccination pour 2020⁸. Porté par la Global Alliance for Vaccines and Immunizations ou Vaccine Alliance (GAVI), cet objectif commande la reconnaissance du recours à la vaccination en instrument prioritaire, voire idéal, d'amélioration de la santé mondiale. Les propos et le travail de la Fondation Bill & Melinda Gates, un des collaborateurs parmi les plus influents de ce partenariat public-privé mis en œuvre en l'an 2000, expriment à merveille ce rapprochement quand ils promettent de réduire la pauvreté et les inégalités grâce à des technologies de pointe, dont de nouveaux vaccins⁹.

La liste de ceux-ci n'a effectivement pas fait que s'étoffer rapidement depuis la mise au point, dans les années 1980, d'un premier produit issu des avancées du génie génétique et de la technologie de l'ADN recombiné, contre l'hépatite B¹⁰. On assiste, en parallèle, à un élargissement des potentialités de la biotechnique. Elle est envisagée comme solution aux résistances aux antibiotiques. On documente ses avantages au-delà de l'évitement de la maladie qu'elle cible : le vaccin aurait un impact différé sur la chute de la morbidité et de la mortalité, participerait à réduire la pauvreté et à augmenter l'équité en matière de santé¹¹. Sans être efficace à 100 %, il permettrait de « passer au travers » d'une maladie sérieuse. On se prend même à rêver à des substances protectrices qui seraient capables de combattre le diabète, l'hypertension ou le tabagisme, une vaccination contre la nicotine, par exemple, et, plus largement, une « vaccination » des mauvaises habitudes de vie et des problèmes de santé chroniques (Wolters *et al.*, 2016¹²).

8 <https://bit.ly/2TCwYWR>.

9 <https://gates.ly/1IhZiq4>.

10 On parle ici de procédés d'inactivation des gènes responsables de la virulence d'un germe ou de fragmentation du pathogène en conservant seulement sa portion antigène (qui suscite la production d'anticorps), procédés qui rendent les vaccins plus sûrs.

11 Angela Y. Chang *et al.*, "The Equity Impact Vaccines may Have on Averting Deaths and Medical Impoverishment in Developing Countries", *Health Affairs*, 1^{er} février 2018 : <https://bit.ly/20r1odX>.

12 Voir aussi <https://bit.ly/2Ub1knL>; <https://bit.ly/2HHTTrR4>.

La décennie de la vaccination n'est toutefois pas que le cadre d'un optimisme scientifique revigoré à l'endroit d'une *panacée préventive*, ce « couteau suisse » de la santé (Raoult et Recasens, 2018 : 18). Elle se déploie sur fond d'anxiétés partagées dont la sévérité puise dans des risques terroristes et pandémiques à l'échelle mondiale, et à leur articulation, bioterroriste, en contrepoids à une nature combative en constante régénération. Ce « tournant biologique » mobilise la santé publique mondiale (Keck, 2010 ; Cooper, 2006), réactive une *microbialpolitik*, une diplomatie du microbe, qui doit compter avec une accélération de la circulation des hommes d'affaires et des migrants (Fidler, 1998). En décembre 2002, le président américain républicain George W. Bush envisageait de réinstaurer la vaccination antivariolique un an après les attentats du 11 septembre 2001 et tout juste avant d'intervenir en Irak, en mars 2003. Décelé à Hong Kong quelques mois plus tôt, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), un nouveau genre de coronavirus transmis par voie aérienne « ciblant » les grandes métropoles économiques du monde, dont Singapour et Toronto, poussait l'OMS à lancer une alerte pandémie mondiale (Duffin et Sweetman, 2006¹³).

Au lendemain de l'affaire Wakefield, face à ces menaces concomitantes, catastrophisme et principe de précaution s'agglutinent. Des politiques de préparation (Lakoff, 2017), régulées par le Règlement sanitaire international révisé en 2005 dans la foulée du SRAS, sont saturées de pratiques prédictives qui prophétisent des morts en série (Holmes, Rambaut et Andersen, 2018), notamment au moment de la grippe A (H1N1) en 2009. Elles justifient à elles seules une véritable tyrannie des chiffres et, en premier lieu, la réclamation de statistiques sur la vaccination optimales, qui vont également servir d'indicateurs de bonne santé réconfortants. Elles s'accommodent très mal des doutes et agitent dès lors, ce n'est pas une simple coïncidence temporelle, l'épouvantail d'une *hésitation*, d'une *réticence face aux vaccins* (*vaccine hesitancy*) (Larson *et al.*, 2016¹⁴). Le phénomène sociétal,

13 Heidi Larson et Peter Piot, "Fake News and Distrust of Science could Lead to Global Epidemics", *Wired*, 9 janvier 2018 : <https://bit.ly/2FAUjo9>.

14 Voir aussi Peter J. Hotez, "How the Anti-vaxxers Are Winning", *The New York Times*, 8 février 2017 : <https://nyti.ms/2lHbomF>. La définition adoptée par le groupe de travail de l'OMS sur le phénomène est la suivante : « Par hésitation à l'égard des vaccins [ou

d'envergure (l'OMS en a fait une des dix principales menaces pour la santé humaine dans le monde en 2019¹⁵), toucherait nos sociétés du risque et de l'incertitude postmodernes. Complexe, sensible à des contextes politiques et culturels précis, variant en intensité selon le vaccin concerné, il renverrait à des comportements hétérogènes, allant de refus nets, systématiques et immédiats, à des retards dans le suivi des calendriers de vaccination, mais nécessairement problématiques. En clair, la vaccination, plébiscitée par les autorités de santé publique et les organismes sanitaires internationaux, serait en crise, une crise à juguler dans les meilleurs délais.

Le moment est particulièrement propice pour méditer sur la (non-)vaccination. L'année 2018 a marqué les vingt ans de la parution d'un article conspué qui continue de servir de prétexte idéal, étonnamment redondant, pour dénoncer, parfois violemment, la moindre méfiance, celle d'un médecin qui émet des réserves sur l'efficacité du vaccin antigrippal comme celle d'un parent qui estime que le système immunitaire de son enfant peut se passer d'une injection supplémentaire. Cette façon de faire transforme la récrimination en dispositif pédagogique. La démarche n'est pas toujours porteuse, mais il faut bien dire que souligner ainsi cet anniversaire répercute une réaction angoissée patente : les médias, sociaux surtout, sont saturés d'informations sur le « retour inattendu » d'infections « que l'on croyait disparues », ou sur le point de disparaître, et sur l'irruption de « nouveaux virus ». Aux côtés de courbes ascendantes de cas d'Ebola ou de dengue, la coqueluche et la rougeole font régulièrement la une, pointant une collision de l'ancien pathogène et du moderne, insolite, effrontée et potentiellement dramatique.

C'est devant ces postures et ces réalités synchrones, ce discours monocorde sur une vaccination en crise (depuis 1998), que nous avons décidé de parler de « mythe ». Il n'est, encore une fois, pas

réticence à la vaccination, on retrouve les deux traductions], on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, variant dans le temps, l'espace et selon les vaccins dont on parle» (*Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccination despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific, varying across time, place and vaccines* : MacDonald, 2015 : 4163).

15 <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

question par le truchement de ce terme de nier la réalité des refus de la vaccination. Il s'agit par contre d'établir que les discours sur la non-vaccination, assimilant largement celle-ci à une volonté de ne pas être vacciné, relèvent d'une représentation collective porteuse d'un message, « amalgame inégalement pondéré de réalité et de fiction, de raison et d'émotion, de conscience et d'inconscience, de vérité et de fausseté [...] débordant l'ordre de la rationalité [et entretenant] un lien avec les archétypes », pour reprendre l'historien et sociologue Gérard Bouchard (2013 : 67-68). Le récit selon lequel l'antivaccinationisme post-Wakefield est à l'origine d'un réveil infectieux est cohérent ; il est potentiellement cohésif et éventuellement prémonitoire. Facilement intelligible, il est éducateur, voire moralisateur, susceptible tout à la fois de donner une leçon, d'inquiéter, de pousser à la vigilance, jusqu'à susciter une (re)mobilisation en faveur de la prémunition vaccinale (Dew, 1999). Créant un problème d'intérêt et d'ordre publics qui peut être résolu par une intervention ciblée sur les réfractaires en les « reconvainquant » du bien-fondé de la vaccination ou en les contraignant (par la vaccination obligatoire, par exemple), il culpabilise, voire stigmatise. Mais il ne fait pas que grossir artificiellement la place, et la part de responsabilité, des « anti¹⁶ » : il oublie de donner de la tessiture aux comportements vaccinaux et oblitère, par extension, des éléments fondamentaux dans la relation entre vaccination et maladie infectieuse, entre intervention préventive et bonne santé. En somme, ce mythe en mal d'historicité brouille les cartes tout en participant à radicaliser les positions ; il est plus préjudiciable que constructif.

Pour le déconstruire, nous avons décidé de centrer notre réflexion sur l'une de ces pathologies infectieuses « renaissantes » évoquées plus haut : la rougeole. Ce choix s'est imposé pour de multiples raisons au-delà du fait qu'il n'existe, à ce jour, malgré sa prévalence dans les plaidoyers pour la vaccination et les mises en garde contre l'oubli de son importance, aucune monographie sur son passé digne de ce nom. Il faut redire que c'est le vaccin combiné MMR (RRO au

16 Samantha Vanderslott, "Anti-vaxxer Effect on Vaccination Rates is Exaggerated", *The Conversation*, 13 mars 2018 : <https://bit.ly/2GBotGy>.

Québec, ROR en France), dans sa composante rougeole, qui prête le flanc aux critiques en 1998 et symbolise depuis, par défaut, les refus de la vaccination contemporains. Par contraste, dans les cercles experts, on insiste sur la valeur d'un vieux produit, utilisé depuis cinquante-cinq ans (1963) auprès de milliards d'enfants, performant et très sûr. On se doit de préciser ensuite que la « première maladie », celle que l'on attrapait avant toutes les autres au début du xx^e siècle, semble effectivement impossible à anéantir, au contraire : les cas ont quadruplé en Europe en 2017 comparativement à 2016, s'élevant à 21 135 (49 décès y ont été répertoriés de 2016 à 2017), et ce sont plus de 82 000 personnes, dont 54 000 en Ukraine, qui y auraient été touchées en 2018. Les quatre premiers mois de 2019 laissent présager un nouveau record avec 112 163 déclarations issues de pas moins de 170 pays différents¹⁷. Le Brésil, Israël, Madagascar ou encore les Philippines sont aux prises avec des épidémies majeures et déplorent, pour les deux derniers pays, plusieurs centaines de morts. Quant aux États-Unis et au Canada, ils anticipent le pire tandis que les alertes se multiplient depuis la fin de l'automne 2018, dont du côté de l'État de New York et de la Colombie-Britannique¹⁸. On érige, en conséquence, d'autant plus facilement ces chiffres en preuve imparable de l'évolution, vers la déviance active et branchée, des comportements vaccinaux que l'on affichait l'élimination de la maladie dans plusieurs pays dès la fin des années 1990 – au Canada en 1998, aux États-Unis en 2000. Comme le titrait le *Irish Times* le 23 février 2018, « La rougeole plus agressive que jamais, la faute aux infox en santé¹⁹ ». Ultra-contagieuse, la maladie cristallise en outre

17 "Measles Cases Quadruple Globally in 2019, Says UN". BBC News, 19 avril 2019: <https://www.bbc.com/news/health-47940710>.

18 Carly Weeks, "Canada could See Large Amount of Measles Outbreaks, Health Experts Warn", *The Globe & Mail*, 7 février 2019: <https://tgam.ca/2Czwlrp>; Laurence Monnais, « Le retour de la rougeole et de ses mythes », *The Conversation*, 31 août 2018: <https://bit.ly/2Udii50>. Voir aussi: Elisabeth Malkin, "90 New Cases of Measles Reported in U.S. as Outbreak Continues Record Paces", *The New York Times*, 15 avril 2019: <https://nyti.ms/2L3r8ig>; "B.C.'s 27th Measles Case Involves a Vancouver Resident Who Was on a Flight Home from Japan", *The Globe & Mail*, 17 avril 2019: <https://tgam.ca/2VqxRXG>. Pour des statistiques mises à jour mensuellement, voir : <http://bit.ly/2VoTkjL>.

19 Muiris Houston, "Measles Back with a Vengeance due to Fake News", *The Irish Times*, 23 février 2018: <https://bit.ly/2Oq7ISU>.

des angoisses prégnantes face au spectre pandémique et aux effets de la mondialisation des humains et des microorganismes délétères qu'ils transportent. Sa « non-prévention » devient dès lors un enjeu politique, économique et social capital.

Il nous est par ailleurs apparu évident qu'il fallait approcher les comportements vaccinaux une maladie infectieuse, et un vaccin, à la fois. Le message de la santé publique se doit, pour porter, d'être limpide, voire monolithique; il lui faut scander, à l'heure d'une éclosion préoccupante ou d'une campagne vaccinale ciblée, que la technique a fait ses preuves: le mot-clic #vaccineswork, « les vaccins, c'est efficace », régulièrement utilisé par l'OMS, des pédiatres et des vaccinologues du monde entier, résume bien cette nécessité. Or tous les vaccins ne se valent pas (Raoult et Recasens, 2018). Ils ne sont pas tous à égalité, ni sur le plan de l'efficacité ni sur celui de l'innocuité: les risques associés au vaccin de Sanofi Pasteur contre la dengue récemment testé²⁰ ou les performances inégales du vaccin saisonnier contre la grippe (Skowronski *et al.*, 2018) le prouvent. Ils préviennent des maladies plus ou moins diffuses et plus ou moins graves. Peut-on confondre les complications et la létalité de la poliomyélite et de la varicelle? Non. En partant de ce genre de distinction, approximative mais opérante, pourquoi la prise en charge préventive de ces maladies suivrait-elle les mêmes règles et donnerait-elle lieu à des comportements identiques? C'est sans compter le fait qu'efficacité d'un vaccin d'un côté, prévalence²¹ et gravité de la maladie qu'il permet d'esquiver de l'autre, évoluent dans une *coproduction* unique, influencée par une *pathocénose* qu'elle façonne en retour (Grmek, 1969).

Évoquer ce phénomène de pathocénose, cette relation écologique d'équilibre et d'interdépendance entre maladies infectieuses, certaines émergeant, ou réémergeant, d'autres s'effaçant au sein d'une société — l'historien de la médecine et des sciences à l'origine du concept, Mirko Grmek, s'est en particulier interrogé sur le lien

20 Helen Branswell, "WHO Panel Urges Caution on Dengue Vaccine, Dealing Blow to Sanofi", *Statnews*, 19 avril 2018: <https://bit.ly/2FsZLZ8>.

21 La prévalence mesure la population touchée par une maladie à un moment donné; l'incidence tient compte de la progression des cas (sont considérés les nouveaux cas sur une période ciblée) (Monnais, 2016: 238).

entre la disparition de la variole et l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au tournant des années 1980 —, c'est marteler l'importance du temps et de l'espace lorsqu'on travaille sur l'histoire des maladies et de leur prévention. Par une analyse des pratiques vaccinales dans leur entièreté, pratiques de vaccination comme de non-vaccination, et dans la *durée*, on évite à la fois toute linéarité et tout présentisme; on écarte d'emblée l'idée qu'« avant » les parents avaient confiance dans les vaccins, et que « maintenant » ils sont sceptiques (Leach et Fairhead, 2007: 31-32); on s'abstient de tout écrasement et de toute instrumentalisation de la temporalité, une double tendance, il faut bien le constater, assez fréquente, tant chez les « pro » que chez les « anti ». Les premiers négligent souvent de mentionner le fait que la science vaccinale évolue ou, au contraire, insistent pour dire que l'âge vénérable d'un produit immunisant est un gage en soi de sa valeur. Les seconds sont, quant à eux, prompts à proclamer que les vaccins sont dangereux, donnant pour preuve les multiples accidents post-vaccination antivariolique qui se sont produits au XIX^e siècle, ou mentionnent que de « tout temps » des médecins se sont prononcés contre la vaccination. C'est vrai, mais pas forcément pour les mêmes raisons et dans les mêmes conditions.

Pour prendre en considération ces deux paramètres fondamentaux que sont le temps et l'espace, nous allons étudier la rougeole et son contournement à partir d'un moment précis: l'épidémie qui a frappé le Québec en 1989 avec 10 373 cas déclarés. Cela peut paraître paradoxal, voire aberrant, de se concentrer sur ce genre d'événement ponctuel. Tant s'en faut. Au-delà du fait que celui-ci survient *avant* 1998 et autorise à envisager sereinement les contestations de la vaccination, avant l'explosion des diagnostics d'autisme et le règne d'Internet qui auraient décuplé les réticences à l'endroit de la vaccination (Kata, 2010), il oblige, pour le décrypter, à lier une maladie, sa gestion et une aire géographique, scientifique, politique, économique, socioculturelle. L'épidémie de 1989 constitue de plus le point de départ idéal d'une enquête qui doit impérativement remonter dans le temps vaccinal, jusqu'au moment où les personnes touchées ont été vaccinées, ou auraient dû l'être, afin de saisir l'histoire d'une *susceptibilité collective* qui a laissé le virus se propager. Il y a un effet

cumulatif, et pas seulement collectif, à la pratique immunisante, que l'Histoire et l'épidémiologie peuvent expliciter ensemble.

À une lecture à rebours s'associe un jeu d'échelles, une attention à la fois à des réalités locales, voire très localisées de la vaccination et de la non-vaccination en contexte d'éclosion infectieuse, et à des tendances nationales, canadiennes, nord-américaines, voire mondiales, que ce soit en matière de transformation de l'industrie pharmaceutique, de mise en marché de vaccins, de politiques vaccinales internationales ou encore de menaces pandémiques (Blume, 2017). Les refus de la vaccination, on l'aura compris, n'existent pas dans la vacuité et ne sont pas réservés à un espace réflexif individuel qui en dicterait paradoxalement l'universalité. Pour le dire autrement, et reparler de Wakefield, il est fondamental de considérer que c'est en Grande-Bretagne que l'affaire a éclaté. On parle d'un pays où le mouvement anti-vaccin est ancien et historiquement présent sur la scène politique et publique (Durbach, 2004), où la propension au sensationnalisme de puissants tabloïds a fait la preuve de son empreinte à maintes reprises. Le scandale de 1998 y est survenu en point d'orgue de craintes parentales liées à plusieurs vaccins, dont celui censé prémunir contre la coqueluche dans les années 1970 (Baker, 2003), puis la composante oreillons de deux produits RRO. En toile de fond, la crise de la « vache folle » a, à partir de 1996, ranimé la peur d'une transgression des espèces, révélé des pratiques d'élevage productivistes répréhensibles²² et miné la confiance du public dans une classe politique qui s'est tue (Stöckle et Smadjor, 2017). En 1998, en France, où les conclusions du médecin britannique mettront plusieurs années à pénétrer les sphères médiatique et médicale, c'est le vaccin contre l'hépatite B qui ne réussit pas à redorer son blason, mis en cause dans des cas de syndrome de Guillain-Barré (SGB) et de sclérose en plaques quelques années plus tôt²³.

22 L'encéphalopathie spongiforme, une maladie dégénérative du système nerveux fatale, a frappé des consommateurs de viande bovine contaminée par un prion contenu dans des farines animales utilisées dans l'alimentation du bétail.

23 L'hépatite B est une maladie virale grave susceptible de mener à une cirrhose ou un cancer du foie. Le SGB est une inflammation du système nerveux périphérique provoquant une paralysie plus ou moins grave et durable. La sclérose en plaques est une infection du système nerveux central dans laquelle la myéline (gagnant les

La controverse de 1998 n'est pas un accident de l'Histoire ; il s'agit bien davantage d'un événement arrivé à un « moment opportun » (*kairos*). Les critiques à l'endroit des vaccins sont peut-être surtout une réalité du monde industrialisé, mais elles ne concernent pas les mêmes produits partout de façon simultanée, ce qui vient appuyer l'importance de notre démarche, qui veut replacer l'histoire d'une maladie infectieuse et de sa prise en charge vaccinale dans des contextes précisément établis. Et quoi de mieux pour le faire que de s'atteler à décortiquer une épidémie ? Celle-ci apparaît aux yeux de son analyste comme un moment phare, pas seulement destructeur. Face à l'hécatombe, prophétisée ou avérée, la stupéfaction ou l'incompréhension pousse à des prises de conscience, à des interventions, voire à des mesures correctrices. L'irruption d'une infection suscite débats comme progrès scientifique (Rasmussen, 2007 ; Bourdelais, 2003). Intervalle d'introspection sans être systématiquement une rupture, (épi)phénomène politique, institutionnel et social (Rosenberg, 1992), elle constitue un *moment critique* qui met en relief des conversations, délie les langues, révèle l'état d'une santé publique, d'un système de santé. Elle est outil autant que symbole de reconfiguration des rapports de pouvoir et de hiérarchisation sociale (Jones, 2007 ; Bliss, 1991). Éclairage cru, voire grossissant sur les relations intracommunautaires, entre gouvernants et gouvernés, riches et pauvres, elle remodèle les représentations de l'Autre, de l'étrange(r), du migrant comme du microorganisme (Watts, 1997 ; Ranger et Slack, 1992). Elle en devient un révélateur de la complexité d'une société et d'un environnement au sens large (Rosenberg, 1992) dont la reconstruction historique éduque et sensibilise à défaut d'offrir une explication passe-partout à ses manifestations (Sivaramakrishan, 2011 ; Duffin, 2006).

Les épidémies font un retour retentissant dans la recherche en sciences humaines aux côtés des MEV²⁴, ce n'est assurément pas un

cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière) est endommagée, entraînant de nombreux handicaps.

24 Épidémies et MEV attirent également les journalistes scientifiques et les auteurs de fiction, en particulier à l'heure du centenaire de la pandémie de grippe espagnole de 1918-1919.

hasard, sont par ailleurs une manne pour l'historien, productrices de données abondantes et variées, voire contradictoires, dont il faut envisager la valeur avec patience, interrogeant tant les chiffres que les discours afin de saisir des réalités dans leurs moindres circonvolutions. Dans le cas qui nous occupe, on est face à un afflux de contaminés *a priori* inattendu, puisque la rougeole est, en 1989, une MEV depuis plus de vingt-cinq ans. On trouve dès lors des traces de l'épidémie dans la presse quotidienne québécoise, dans des émissions de télévision et de radio, dans des publications scientifiques, dans des rapports d'institutions offrant des services préventifs, dans la correspondance du ministère de la Santé ; elle persiste dans les mémoires d'experts en santé publique, de médecins, des fonctionnaires qui ont eu un rôle à jouer dans son bridage²⁵. Ce sont tous ces vestiges que nous avons mobilisés, confrontés et replacés dans un corpus de sources plus large relevant de l'histoire post-vaccinale de la rougeole au Canada, de publicités pour les premiers vaccins antirougeoleux paraissant dans les magazines féminins aux propos de vaccinologues engagés²⁶.

L'auscultation scrupuleuse de cette épidémie servira simultanément de point d'ancrage à l'analyse du phénomène de coproduction que nous évoquions plus haut et de *baromètre* d'un âge de la santé publique. La crise dévoile une époque, en somme, bien qu'il faille se rendre à l'évidence que la rougeole qui a frappé le Québec en 1989 n'est pas passée à l'Histoire. Il faut dire que 1989 fut une année riche en événements, qui ont pu contribuer à l'effacer des frises chronologiques : la chute du mur de Berlin, témoin de la fin de l'Allemagne de l'Est et de la guerre froide, et les événements de la place Tian'anmen, à Beijing, en République populaire de Chine, ont fait résonner les mots du politologue américain Francis Fukuyama dans

25 Cet ouvrage a d'ailleurs pu être écrit grâce au concours de plusieurs parmi ces acteurs de l'épidémie, qui ont généreusement donné de leur temps et de leur mémoire, accepté d'être interviewés, parfois longuement. D'autres n'ont pu l'être, malheureusement, décédés dans les dernières années. C'est le cas, en particulier, des D^{rs} Robert Remis, Victor Marchessault, Luc Chicoine, Augustin Roy et de l'épidémiologue Gérard Martineau.

26 L'éventail de ces sources a pu être établi et exploré dans le cadre d'une recherche subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, 2013-2018), menée en collaboration avec Heather MacDougall (University of Waterloo), et consacrée à une comparaison des refus de la vaccination antirougeoleuse au Québec et en Ontario depuis les années 1960.

son célèbre essai sur la « fin de l'Histoire » ; la catastrophe provoquée par l'échouement du pétrolier *Exxon Valdez* au large de l'Alaska et le déversement de 40 000 tonnes d'hydrocarbures allait pousser le gouvernement du président républicain George H. Bush, fraîchement élu, et d'autres nations développées, à imposer des normes plus strictes en matière de protection de l'environnement. Au Québec, quand on évoque 1989, on pense bien sûr au 6 décembre et à la tuerie de Polytechnique. On se souviendra peut-être d'un mois de mars particulièrement chargé : le 13, la province était plongée dans le noir pendant neuf heures à cause d'une intense éruption solaire ayant endommagé les lignes à haute tension ; le 29, des anglophones de l'ouest de Montréal fondaient le Parti Égalité en réaction à la Loi modifiant la Charte de la langue française, dite loi 178, du gouvernement libéral de Robert Bourassa. Ou encore de l'affaire Chantal Daigle du nom de cette jeune femme qui, durant l'été, s'est fait avorter contre l'avis de son ex-conjoint, une cause très médiatisée portée en Cour suprême. Mais pas de la rougeole. Et pourtant. On n'avait pas vu autant de cas depuis 1967. C'est la dernière poussée qui a fait des morts dans la province, cinq.

Effacée de la mémoire populaire, épidémie sans éclat, sans commune mesure avec la peste, la variole ou le choléra du XIX^e siècle ni avec la pandémie de « grippe espagnole » (H1N1) de 1918-1919 ou le SRAS de 2003, la rougeole québécoise de 1989 n'en est pas moins présente sur le Web. Elle y dispose curieusement d'une mémoire vive, réactivée à l'occasion, objet de deux interprétations dominantes aux antipodes l'une de l'autre : elle serait la faute soit d'un vaccin inefficace (pour preuve avancée, la majorité des cas aurait concerné des jeunes gens vaccinés), soit d'une « couverture vaccinale insuffisante », résultat de refus partagés de la vaccination²⁷. La coexistence de ces deux grilles d'analyse s'explique aisément dans un contexte de radicalisation des positions à l'endroit de la vaccination, de *manichéisme*

27 Voir par exemple : www.wikistrike.com/article-17-exemples-d-echecs-vaccinaux-reconnus-115718591.html ; www.greenmedinfo.com/blog/2013-measles-outbreak-failing-vaccine-not-failure-vaccinate1 ; www.news-medical.net/news/20111024/The-unvaccinated-population-contributing-to-the-measles-outbreak.aspx ; consumer.healthday.com/public-health-information-30/centers-for-disease-control-news-120/unvaccinated-kids-behind-largest-u-s-measles-outbreak-in-years-study-658034.html.

vaccinal. On serait soit pour, soit contre. Ces deux opinions sont aussi légitimes d'un point de vue épidémiologique du fait qu'elles renvoient toutes deux à la reconnaissance d'un bassin d'individus susceptibles au virus, vaccinés ou non, trop important pour résister à la dissémination d'une infection très contagieuse. Mais la désignation de ces deux coupables soulève une question en apparence simple: l'une ou l'autre de ces explications permet-elle de comprendre pourquoi l'épidémie a touché le Québec et pas, ou plutôt peu et en décalé, le reste du Canada (environ 10 % du total des cas), alors que l'on sait fort bien que les virus ne respectent pas les frontières et qu'il n'y a pas de raison pour que la population québécoise soit plus réfractaire à la vaccination que celle des autres provinces?

Pour saisir en profondeur, et avec nuance, ce *kairos*, nous allons explorer l'épidémie de 1989 sous ses différentes facettes. Nous partons d'un examen clinique, c'est-à-dire qui observe, éclaire des symptômes, identifie un état, pour composer une histoire de l'événement, traquer des antécédents et cerner des causes, avant d'établir un diagnostic. Un retour sur les caractéristiques de la maladie, apparue à la fin de décembre 1988 et disparue environ neuf mois plus tard, dévoile, dans un premier chapitre, une contagion rapide, des contaminés en majorité adolescents et, de fait, vaccinés. Il dicte de remonter dans le temps des pratiques de prémunition contre l'infection virale au moins jusqu'au début des années 1970.

Chacun des quatre volets subséquents examine l'épisode, et surtout ses racines, sous un angle spécifique relevant de l'histoire épidémiologique et scientifique pour commencer, puis politique, médico-sanitaire et économique, et enfin socioculturelle, du Québec des années 1960-1980, opérant pour ce faire des va-et-vient constants entre l'« avant », le « pendant », voire l'« après²⁸ ». Notre chapitre 2 traite de la rougeole et de ses vaccins pour révéler leur histoire commune, au Québec, au Canada et ailleurs. Il s'attarde sur les effets d'une rencontre *inconstante* entre une maladie aux personnalités multiples et une offre fragmentée de produits biologiques à

28 Cette structure engageait à proposer une chronologie substantielle qui permette de ne pas perdre le fil. Elle apparaît en fin d'ouvrage.

partir de 1963, dont des produits « nationaux », qui enjoint de se pencher sur les termes de la distance entre efficacité théorique et réelle, sur le terrain, de l'évitement de l'infection virale. L'instabilité du résultat qui en ressort, on la retrouve à la fois dans un acte qui n'immunise pas, pas bien ou pas assez durablement, et dans des « politiques d'immunisation » erratiques.

Un troisième volet aborde plus avant, centré sur l'histoire canadienne et surtout provinciale de l'accessibilité géographique et économique aux vaccins en général (la vaccination, acte médical et intervention de santé, est une prérogative provinciale), et aux vaccins antirougeoleux en particulier, la vaste question de la non-vaccination des individus ciblés par la mesure préventive. Des taux de vaccination contre la rougeole longtemps en deçà des minima requis par les experts désignent, malgré la mise en œuvre d'un programme de vaccination gratuit à l'aube de l'implantation de l'assurance maladie (1970), des dysfonctionnements flagrants dans les services de santé publique et de contrôle des épidémies et le travail quotidien des Centres locaux de services communautaires (CLSC), premiers pourvoyeurs de soins de base à la population québécoise. En observant des difficultés d'approvisionnement et de distribution récurrentes, on se demande si la prophylaxie de la rougeole, comparée à celle d'autres pathologies infectieuses et infantiles, était, dans les années 1970 et 1980, une véritable priorité pour les autorités sanitaires provinciales et fédérales et si celles-ci avaient suffisamment éduqué la population aux bienfaits de son esquivé.

Au chapitre 4, on part de ce possible défaut d'éducation pour s'attaquer aux refus vaccinaux et disséquer les postures les plus radicales. Au lendemain de la tragédie de la thalidomide ayant entraîné de graves malformations congénitales chez des centaines de nouveau-nés (1962), à l'heure de la Révolution tranquille et de l'épanouissement de l'État-providence, d'un renforcement du monopole biomédical et d'un engouement synchrone pour les médecines douces (on parle désormais de médecines alternatives et complémentaires [MAC]), la fin de l'obligation vaccinale constitue le cheval de bataille du meneur de la Ligue pour le vaccin libre (LVL), le médecin, naturopathe et chiropraticien Paul-Émile Chèvrefils.

La gestion amateur d'une pandémie de grippe porcine qui ne s'est jamais matérialisée, en 1976, une tendance à critiquer de plus en plus une industrie pharmaceutique qui ferait passer le profit devant l'innocuité de ses produits, la médiatisation de cas d'enfants « abîmés » par un vaccin et la renaissance du féminisme québécois s'inter-alimentent pour produire des discours variés et ancrer des pratiques, dont le recours aux sages-femmes, qui insistent sur le droit de choisir et contestent le paternalisme biomédical.

Les années 1970 et 1980 sont encore celles d'une reconfiguration des risques, et plus largement des cultures sanitaires, côté expert comme côté profane. Notre cinquième chapitre démarre par un retour sur la *nouvelle santé publique*, qui parle de déterminants sociaux et de santé communautaire, et sa rencontre avec les allergies, le VIH/sida et les accidents de la route, marqueurs d'une mue des angoisses parentales. La rougeole deviendrait dès lors une maladie secondaire, voire bénigne, et sa liquidation une intention possiblement surannée, assurément déconnectée des préoccupations profanes, dont infectieuses : fin 1991, des cas de méningite bactérienne, de grave inflammation des enveloppes du cerveau et de la moelle épinière, se multiplient, entraînant plusieurs décès d'adolescents, qui affolent et les parents et suscitent leur mobilisation *pour* une campagne de prévention vaccinale énergique, que le gouvernement tardera à déclencher.

Les quelques années qui précèdent le pavé jeté dans la mare par Wakefield sont le cadre d'un ultime chapitre, sous la forme d'un post-mortem à tiroirs de l'épidémie de 1989. Tandis qu'un calendrier vaccinal étoffé présente des défis organisationnels, financiers et sociétaux renouvelés, les soupçons à l'endroit du bien-fondé de certaines décisions étatiques comme les sélections vaccinales sont déjà solidement ancrés au Québec. Ensemble, ces positions exhalent des dissonances qui remettent en question l'idée qu'il existe un consensus autour des bienfaits de la prévention de masse par *la* vaccination. Décodant et rapprochant statistiques et expériences, pratiques collectives et raisonnements individuels, politiques gouvernementales et refus anonymes, notre ouvrage ouvre des portes interprétatives. Il n'avance pas que le récit d'un accident vaccinal isolé « vaut autant » que les résultats d'une

étude quantitative évaluant le taux d'efficacité du produit en cause. Il affirme, par contre, qu'on doit envisager l'un en corrélation avec l'autre, au-delà de la date butoir de 1998, pour véritablement saisir la place de la vaccination dans nos sociétés contemporaines.

Nous sommes personnellement convaincue que la vaccination est un des grands accomplissements de l'interventionnisme médico-sanitaire des deux derniers siècles, mais cela ne nous empêche pas de douter, en tant que mère surtout: vacciner contre la polio ou la rougeole, absolument, mais contre la varicelle ou H1N1? Pas sûre. Pourquoi cette défiance? C'est en historienne que nous pouvons répondre. L'Histoire est une discipline « fondée sur les preuves »; elle valide et multiplie les sources d'information, analyse et confronte les points de vue qui en émergent; elle sait les contextualiser (Berridge, 2010). Elle oblige, de par sa méthode et sa nature éminemment qualitative, à prendre du recul par rapport au présent, au comportement individuel, tout en considérant que les enjeux actuels ont un passé à dérouler, auquel donner une texture granuleuse évocatrice. Face à des débats dont la nature crispée et presque dogmatique joue la science contre l'hérésie, ou la bigoterie contre la liberté, si l'on préfère, face à la valorisation extrême d'expériences personnelles et, par contraste, des appels à la censure pour le « bien commun²⁹ », l'historien a un rôle à jouer, celui de scruter les répétitions rhétoriques évocatrices tout en se distanciant des accusations stériles, voire contre-productives, préférées de part et d'autre (Hausman *et al.*, 2014). Il va au-delà des émotions, au-delà de cette joute d'envergure, au moins virtuelle, qui oppose parents en deuil, d'un enfant qu'ils jugent être victime de la vaccination ou qui est décédé parce qu'il n'a pu se défendre contre un microbe tueur pourtant évitable.

29 À ce chapitre, on peut lire la polémique ayant suivi la publication d'un texte d'opinion d'un certain D^r W. Gifford-Jones dans le *Toronto Sun* du 27 octobre 2018 ("What you May not Know About Vaccines") au moment de la campagne annuelle de vaccination contre la grippe. Au lendemain de « plaintes » pour « désinformation » et « pseudoscience », l'article était démonté point par point par le D^r David Groski ("Antivaccine Propaganda from D^r W. Gifford-Jones") sur *Science-based Medicine*, une plateforme Web qui fait appel à des professionnels de la santé pour traquer et contester les propos jugés ascientifiques: <https://bit.ly/2FAhDIU>.