

RELAIS ET RÉFRACTAIRES : GÉRER LES DISCOURS ANTI-VACCINATION DURANT LA GRIPPE H1N1

Alix BÉDUÉ

4e année - Affaires publiques

Politiques publiques et gestion des risques

Sous la direction de Gwenola LE NAOUR

soutenu le 02 Septembre 2011

Jury : Isabelle GARCIN-MARROU

Table des matières

Remerciements . .	5
Introduction . .	6
Cadre de la recherche . .	6
Intérêt du sujet . .	7
Problématique . .	8
Hypothèses . .	9
Méthodologie . .	11
Annonce du plan . .	12
I. L'épidémie de H1N1 : le choix de la vaccination . .	13
I.1 Le plan pandémie grippale de 2005 . .	13
I.1.1 Une préparation en vue d'une pandémie grave : un large objectif de vaccination . .	13
I.1.2 Une coordination internationale . .	14
I.1.3 Un large pilotage interministériel . .	15
I.1.4 Engagement sur la vaccination . .	17
I.2 Méfiance et précaution : contexte sociologique et politique spécifique de la campagne de vaccination . .	18
I.2.1 Une confiance amoindrie envers la santé publique : le poids des scandales sanitaires des années 1990 . .	18
I.2.2 L'émergence de « menaces » sanitaires globalisées . .	21
I.2.3 La précaution érigée en principe . .	23
I.2.4 Une ministre contestée . .	24
I.3 Choix du dispositif et éléments ayant prêté à polémique . .	26
I.3.1 Le choix des centres de vaccination ⁷² . .	26
I.3.2 Une marge de négociation étroite dans la commande des vaccins . .	28
I.3.3 Eléments d'incertitude sur le vaccin . .	29
I.4 Communication et cacophonie . .	30
I.4.1 Une campagne classique mais réussie . .	30
I.4.2 La publicisation en temps réel des débats d'experts autour de la vaccination . .	31
I.4.2 Décalage entre gouvernement et population . .	33
II. La mise à l'écart des médecins généralistes : la neutralisation d'un relais de communication . .	35
II.1 Le médecin généraliste, pilier du système de soins français . .	35
II.1.1 Un statut affirmé de premier interlocuteur sanitaire des Français . .	35
II.1.2 Un maillage territorial et représentatif dense . .	36
II.2 Une relation contrastée et conflictuelle avec l'Etat . .	37
II.2.1 Proximité entre Etat et médecins (individuels et collectifs) . .	37
II.2.2 Pour mieux défendre la relation médecin-patient : empêcher l'immixtion de l'Etat . .	38
II.3 Les médecins généralistes, un échelon « court-circuité » . .	39
II.3.1 Absence de concertation dans le cadre du plan . .	39

II.3.2 Des arguments en faveur des centres de vaccination facilement opposables ..	41
II.3.3 Les centres de vaccination face à la baisse d'intensité de la grippe ..	43
II.3.3 Non-intégration des médecins généralistes : quel bilan ? ..	44
II.4 Une attitude positive mais peu enthousiaste envers la vaccination ..	46
II.4.1 Les syndicats favorables à la vaccination, avant et pendant la campagne ..	46
II.4.2 Médiatiquement, le soutien au vaccin noyé dans la contestation des centres de vaccination ..	47
II.4.3 Sur le terrain, un soutien des généralistes plus nuancé ..	49
II.4.4 La mise en évidence d'un manque de coordination de la communication du Ministère ..	51
III. Les Français à la recherche d'informations sur Internet : étude des forums de Doctissimo ..	53
III.1 Communication publique, santé publique : organisation et dispositif ..	53
III.1.1 Le SIG : un rôle de coordinateur plus que de stratège ..	53
III.1.2 Communiquer en santé publique : un rôle de prévention ..	55
III.2 Succès et limites du site Info' pandémie grippale : la difficulté d'aller information scientifique et communication efficace en temps de crise ..	56
III.2.1 Un site très fréquenté : souvent diffusé, bien référencé ..	56
III.2.2 Etre présent là où est le public : nouveaux usages en ligne ..	57
III. 2.3 Analyse et pistes d'amélioration pour le contenu du site Info' pandémie grippale ..	59
III.2.4 Une information au cœur d'un écosystème ..	63
III.3 Le relais des communautés en ligne : le cas de Doctissimo ..	65
III.3.1 Doctissimo, géant de la santé sur le web... géant du web ..	65
III.3.2 Etude des forums ..	67
III.3.3 Partenariat entre le SIG et Doctissimo : une occasion manquée ..	69
Conclusion ..	72
Liste des sources citées ..	75
Ouvrages scientifiques ..	75
Ouvrages ..	75
Périodiques ..	75
Rapports, comptes-rendus de colloques et mémoires ..	77
Communications ..	77
Bibliographie complémentaire ..	78
Liste des sigles utilisés ..	79
Annexes ..	80

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Mme. Gwenola Le Naour, pour ses conseils précieux, son aide dans l'orientation de ce mémoire et sa disponibilité tout au long de l'année de son élaboration.

Je remercie également Mme. Isabelle Garcin-Marrou d'avoir accepté d'être membre de mon jury de soutenance.

Je remercie les personnes ayant eu la gentillesse de m'accorder un entretien dans le cadre de ce mémoire, le Dr. Bensoussan chez MG France, pour son expérience de médecin généraliste et de responsable syndical, ainsi que mes deux interlocuteurs au sein de l'administration publique, qui m'ont aidée à comprendre les tenants et les aboutissants de la communication du gouvernement durant la crise.

J'adresse par ailleurs des remerciements à l'ensemble de l'équipe de Publicis Consultants | Net Intelligenz, au sein de laquelle j'ai effectué un stage dont les enseignements se sont révélés précieux dans la rédaction de ce mémoire. Je remercie notamment Rémi Barra, et plus particulièrement Pauline Pelegrin, qui m'a permis de gérer de front stage et écriture.

Je remercie chaleureusement mes parents, mes deux frères et l'ensemble de mes proches, qui m'ont soutenue –et supportée- durant ce travail.

Enfin, je ne remercierai jamais assez Tom Durand, pour ses relectures attentives, ses conseils pertinents et son soutien indéfectible dans tout ce que j'entreprends.

Introduction

Cadre de la recherche

J'ai manifesté depuis longtemps, en classe préparatoire puis lors de ma scolarité à l'IEP, un intérêt pour la communication des politiques et des institutions d'une part. Baignant dans les nouvelles technologies depuis mon enfance, je suis également passionnée par les échanges et les mécaniques liées à Internet. Par ailleurs, m'intéressant aux mécaniques de persuasion, j'ai développé une curiosité pour les problématiques spécifiques liées à la communication en matière de santé, une communication sensible qui doit jongler entre injonction et objectivité.

En choisissant un sujet de mémoire, la grippe A m'intéressait car il s'agit d'un exemple récent, donc encore peu étudié par la recherche académique, et présentant un paradoxe de par son ampleur et son échec. En outre, je me suis engagée dans cette recherche avec un regard plutôt extérieur, étant restée à l'écart de cette crise. En effet, la campagne de vaccination est survenue à l'automne 2009, à l'époque où j'étudiais aux Etats-Unis. En dépit de cas de grippe survenus dès le printemps, l'attitude envers le virus H1N1 y était relativement détendue, et son traitement semblait plus relever des « Standard Operating Procedures » que d'un dispositif spécial : mise à disposition de solutions hydroalcooliques à de nombreux endroits, publicités dans les *drugstores* invitant à se faire vacciner pendant ses courses. Hormis un suivi régulier de l'information sur les sites Internet de médias français, mes seuls contacts avec le déroulement de la grippe H1N1 en France ont été le récit par mon frère de sa vaccination en centre après avoir reçu un bon de vaccination, et le souvenir d'un médecin généraliste de ma famille, mécontent de la mise en avant du Tamiflu et soupçonnant des liens entre Roselyne Bachelot et les pharmaciens.

En parallèle à la rédaction de ce mémoire, j'ai par ailleurs approfondi mes connaissances sur les modalités et les impératifs de la communication des institutions sur Internet, grâce à un stage chez Publicis Consultants | Net Intelligenz de juin à septembre 2011. Publicis Consultants est la division du groupe Publicis qui s'intéresse aux campagnes de communication institutionnelle et aux relations publiques d'entreprises et d'institutions publiques. Net Intelligenz est son entité dédiée à la veille et aux stratégies sur Internet. Publicis Consultants travaillant sur certaines problématiques pour le Service d'Information du Gouvernement, qui a piloté la campagne de la grippe H1N1, ce stage m'a offert un angle « agence » sur la communication sur Internet, et m'a notamment permis d'approfondir ma réflexion sur le site Info' pandémie grippale.

Ce travail de recherche m'a évidemment amenée à réfléchir à mon attitude envers la vaccination si j'avais été en France à cette époque. En effet, je n'ai pas ressenti le besoin de me faire vacciner aux Etats-Unis, et estimais que le faire dans un système de santé différent se révélerait coûteux ou du moins un peu compliqué. Je suis favorable à la vaccination, et n'avais jamais été confrontée à des arguments contre celle-ci avant de travailler sur ce mémoire ; je n'ai d'ailleurs pas changé d'avis sur la vaccination depuis. N'ayant pas de facteurs de risque, je ne me serais a priori pas fait vacciner ; cela ne me paraît toutefois pas complètement exclu non plus, du fait du taux d'attaque du virus particulièrement élevé

chez les populations jeunes : près de 75% des cas de grippe H1N1 ont été relevés chez des personnes âgées de moins de 29 ans ¹.

Intérêt du sujet

Une pandémie attendue et préparée

La campagne de vaccination contre la grippe A de type H1N1, menée de l'automne 2009 jusqu'en février 2010, date de la fermeture des centres de vaccination, a représenté une première mise en œuvre « grandeur nature » du plan de pandémie grippale défini en 2005 suite à l'épidémie de grippe aviaire. Adaptation nationale d'un document de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ², ce plan prévoit un arsenal de réponses à un virus de grande ampleur, indexées sur les niveaux de dangerosité évalués par l'OMS, consacrée autorité supranationale dans une lutte très interdépendante ³. Le plan était élaboré en prévision d'un virus se propageant à grande échelle, présentant des risques importants de contagion dans un monde globalisé avec des flux humains très importants.

La grippe A représente donc l'exemple le plus récent d'une série de « menaces » sanitaires globalisées des années 2000, de l'épidémie de vache folle (1996-2000) à la grippe aviaire (2004), en passant par d'autres risques moins développés comme le chikungunya (2006-2007, avec un premier cas découvert en France métropolitaine en septembre 2010).

Le choix de la vaccination

L'existence d'un vaccin pouvant être rapidement distribué a conduit la plupart des gouvernements occidentaux, dont la France, à mettre en place des campagnes de vaccination à grande échelle. En juillet 2009, date de la commande de vaccins par la France aux laboratoires pharmaceutiques, l'enjeu n'est pas tant la dangerosité voire létalité du H1N1, mais sa forte contagiosité. La perspective d'une grande partie de la population atteinte par la grippe A menaçait en effet l'activité du pays, tant celle de ses services sanitaires que de ses acteurs économiques.

La campagne était novatrice, tant par son échelle que par ses modalités. Toujours en vertu d'une logique de précaution, la France a en effet commandé en juillet 2009 94 millions de doses de vaccins, étant ainsi en mesure d'immuniser 78% de la population. En conséquence, la campagne s'est orientée vers une vaccination à grande échelle, pour l'ensemble de la population, le tout dans des délais très réduits. En effet, la livraison des premiers vaccins étant intervenue à la fin du mois d'août 2009, la campagne de vaccination s'est donc concentrée sur l'automne 2009, étant établie sur un modèle prévoyant une seconde vague pandémique au printemps 2010. De plus, le dispositif était exceptionnel puisque mis en place hors du cadre sanitaire habituel, au sens propre comme au figuré,

¹ Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)*, n°2698, Paris : Assemblée Nationale, 2011, p. 38.

² Cour des Comptes, *La campagne de lutte contre la grippe A(H1N1) : bilan et enseignements. Rapport public annuel 2011*, Paris : Cour des Comptes, 2011.

³ DERENNE P. et BRICAIRE F., *Pandémie. La grande menace ?*, Paris : Fayard, 2005, 325 p.

avec la création de centres de vaccination ad hoc dans des lieux non médicalisés tels que des mairies ou des gymnases.

Un échec de vaccination, un échec de communication

La campagne gouvernementale, déclinée sur des supports de télévision, radio et Internet, et relayée par les interventions des ministres, répondait donc à deux objectifs, ainsi résumés par Thierry Saussez, directeur du Service d'information du Gouvernement (SIG) : « maximiser la crise », informer sur sa dangerosité, puis « dégager des marges de manœuvre » afin d'inciter les Français à se faire vacciner⁴.

Or, cette communication en faveur de la vaccination s'est soldée à la fois par un échec, mais également par un paradoxe. Un échec puisqu'en juillet 2010, soit près de six mois après la fin du pic de l'épidémie et la fermeture des centres de vaccination, seulement 7,9%

de la population française s'était fait vacciner⁵. Cette campagne de vaccination a rencontré de nombreuses oppositions, et notamment celle, particulièrement visible et influente, des médecins généralistes. Mais cette campagne représente également un paradoxe, puisque selon un sondage réalisé par l'IFOP en mars 2010, 73% des Français estimaient avoir été

bien informés sur la mise en place d'un plan de vaccination par les pouvoirs publics⁶. L'échec de cette campagne, que nous nous proposons d'expliquer dans ce mémoire, repose donc moins sur l'information que sur l'injonction – et la façon de la mettre en avant, c'est-à-dire la communication.

Problématique

La communication de la campagne de vaccination contre la grippe A est avant tout résumée par un paradoxe : une majorité de Français estime avoir été bien informée du risque de pandémie grippale et des traitements offerts par le gouvernement, mais seule une minorité est allée se faire vacciner.

Le faible taux de vaccination peut être en partie expliqué par des facteurs d'ordre pratique ou exogène : manque d'adaptation du plan de vaccination à la décrue de l'épidémie, difficulté à relocaliser la vaccination dans les cabinets de médecins généralistes en raison du conditionnement des vaccins. Toutefois, comme le souligne le rapport de l'Assemblée

Nationale, la campagne a été « indéniablement boudée par les Français »⁷ : il y a donc eu un échec dans la communication du gouvernement.

En matière de communication, l'émetteur A, qui produit un message de communication, peut identifier ce que nous appelons des « relais », c'est-à-dire des émetteurs plus proches des récepteurs que vise A, et qui permettent ainsi de mieux diffuser le message produit par A. Lors de la grippe H1N1, deux de ces relais potentiels de communication étaient

⁴ Assemblée Nationale, op. cit., p. 104.

⁵ GUTHMANN J.-P. et al., « Insuffisance de couverture vaccinale grippale A (H1N1) 2009 en population générale et dans les groupes à risque durant la pandémie 2009-2010 en France », BEHWeb, 2010, n° 3, p. 1-6.

⁶ Assemblée Nationale, op. cit.

⁷ Assemblée Nationale, ibid., p. 10.

les professionnels de santé et le support que constitue Internet. Or, ces deux relais se sont révélés *réfractaires* à la vaccination, car contestant sa pertinence, son innocuité et son organisation. Par conséquent, ces relais de poids ont diffusé un message qui n'était pas en faveur de la campagne de vaccination. Ce mémoire adopte une vision générale de la communication autour de la vaccination : le public y est ici considéré non seulement comme récepteur de la communication gouvernementale, mais également comme acteur à la recherche d'une information plus complète ou satisfaisante, un acteur devenant à son tour émetteur d'un message sur la vaccination, né de l'opinion formée durant ses recherches.

Dans cette optique, nous affinons notre étude en nous concentrant les deux des principales sources d'information du public, non seulement lors de cette campagne, mais également de manière générale en matière d'information médicale. Il s'agit tout d'abord des médecins généralistes et de leur représentation syndicale, qui ont particulièrement dénoncé le dispositif des centres de vaccination, qui ne leur permettait pas de vacciner leurs patients au sein de leur cabinet. La deuxième source étudiée est Internet, désormais utilisé par 26%

des Français à la recherche d'informations sur la santé⁸. Notre étude couvre ici deux angles : d'une part, le relais de l'information officielle sur la vaccination que constituait le site Info' pandémie grippale, disponible à l'adresse < <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/> >, et d'autre part le site Internet Doctissimo, dont les forums se sont fait l'écho des opinions anti-vaccination, et symbole de la façon dont Internet a permis l'expression d'un grand nombre de voix contradictoires.

Ce mémoire ne concerne pas uniquement le contenu des discours contestant la vaccination : nous réfléchissons ici en termes de stratégie, et nous intéresserons donc à la façon dont le gouvernement a ou n'a pas agi sur ces sources afin qu'elles délivrent au message similaire au sien, notamment en adaptant sa communication aux critiques. Cette vision globale des messages délivrés à la fois par le gouvernement, notamment sur Internet, les médecins généralistes et les communautés en ligne comme Doctissimo permet de mieux rendre compte du contexte dans lequel les Français ont pris leur décision sur la vaccination : soumis à différentes injonctions contradictoires, avec peu de hiérarchisation et de cloisonnement entre les sources.

Hypothèses

Tout au long de la préparation et de l'écriture de ce mémoire, nous avons formulé différentes hypothèses qu'il nous paraissait nécessaire de vérifier.

La première était que le plan de pandémie grippale était très élaboré, mais ne prenait pas suffisamment en compte la dimension de la communication. Cette question nous semblait très peu abordée dans le plan en lui-même, malgré la présence d'une cellule interministérielle de crise, la CIC-Com, dédiée entièrement aux questions de communication. Outre le manque constaté au sein du plan, nous avons identifié comme première piste les contraintes liées à la gestion d'une crise aussi globale, qui implique forcément une indexation du message sur celui de l'OMS.

⁸ « Doctissimo, site santé bien-être », site du ministère de la Santé, < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Developper_l_information_sur_les_produits_de_sante_-_Contribution_de_Doctissimo.pdf >.

Sur la question du choix de la vaccination et de son organisation, nous estimions par exemple que la vaccination présentait l'avantage d'être plus facile à mettre en place, ne nécessitant qu'une à deux injections par personne au lieu d'un traitement grippal classique qui aurait pu déstabiliser certaines pharmacies mal approvisionnées. Il semble que pour certaines des populations prioritaires pour la campagne –jeunes enfants, personnes âgées- la vaccination est un phénomène très courant et généralement bien accepté. Le gouvernement a donc peut-être considéré que la disruption causée par l'injonction de se faire vacciner ne serait que minimale. Par ailleurs, la différence dans les délais de livraison des vaccins suivant leur conditionnement représentait selon nous un facteur pratique expliquant le choix des centres de vaccination.

La deuxième hypothèse était que les médecins généralistes, à l'image d'autres professions de santé telles que les infirmiers libéraux, avaient très mal reçu la campagne de vaccination, et ce pour des motifs divers. Les raisons invoquées étaient entre autres le manque de recul face aux effets secondaires du vaccin, et notamment sur l'effet de ses adjuvants, l'inutilité de la vaccination en raison de la forte mobilité des personnes en France et en Europe, l'impossibilité pour les médecins libéraux de vacciner eux-mêmes les patients dans leur cabinet, ou encore la confusion sur le nombre de doses nécessaires. Ces critiques, selon nous, dénotaient un manque de concertation avec la profession au moment de l'élaboration du dispositif, notamment celles portant sur l'organisation de la vaccination et le déploiement du vaccin. Nous avons également réfléchi à la dimension politique et organisationnelle d'une telle mise à l'écart, en supposant que l'administration a préféré, du moins au plus haut niveau de décision, « garder la main » sur le dispositif de vaccination et sa gestion, plutôt que de devoir partager celle-ci avec les médecins libéraux, qui disposent d'une représentation autonome et bien organisée.

En effet, les syndicats de médecins généralistes ont été particulièrement présents dans les médias durant la campagne, notamment à partir de l'automne, dénonçant l'interdiction pour les généralistes de vacciner en cabinet. Nous avons donc émis l'hypothèse que la forte audience de ces syndicats auprès des médias et des patients était néfaste pour le message du gouvernement et a donc contribué à ce qu'il accède à la requête des professionnels de santé. Nous nous réservons toutefois la possibilité d'explorer les relations entre syndicats médicaux et monde politique, ainsi que l'étude des précédents en matière de revendications des médecins libéraux, qui pouvaient apporter des éléments de réponse supplémentaires.

En ce qui concerne la communication sur Internet, nous avons noté que la campagne avait été classique : réactualisation du site www.pandemie-grippale.gouv.fr créé en 2005, et achat de mots-clés afin d'améliorer son référencement dans les moteurs de recherche. Nous n'avons pas examiné la piste du contenu et de la forme du site. Nous avons cependant jugé que l'Etat avait sous-estimé la confusion et la remise en cause du message délivré par le gouvernement, en choisissant une campagne majoritairement informative, conventionnelle et non pas conversationnelle.

En effet, il nous est rapidement apparu que l'Etat avait négligé, contrairement à la plupart des campagnes de communication publiques et privées aujourd'hui, d'exercer une véritable veille sur Internet ainsi que du « community management ». Le community management, littéralement « gestion de communauté », désigne le fait, pour l'institution ou l'entreprise émettrice de la communication, de gérer et de répondre aux échanges des internautes sur son action, sur des réseaux sociaux et des forums. Cela aurait permis ainsi d'assurer une sorte de « service après-vente » de la campagne en participant aux débats sur celle-ci. L'absence de l'Etat dans les débats se déroulant sur Internet a donc contribué, dans notre hypothèse à la place à des messages contradictoires et autres arguments anti-

vaccination. Nous avons également postulé que le gouvernement avait sous-estimé la place d'Internet dans la recherche d'informations de santé, ainsi que le besoin des Français de confronter la parole officielle à d'autres discours moins visibles. La forte audience rencontrée par ces discours, à la fois sur Internet et dans l'ensemble des médias traditionnels, était révélateur selon nous de l'absence de cloisonnement entre les différentes opinions sur le milieu médical, des plus « traditionnelles » aux plus extrêmes.

Enfin, nous avons identifié les personnes postant des messages contraires à la campagne comme s'étant déjà approprié l'argument anti-vaccination qu'ils relayaient, et en avaient fait un élément constitutif de leur opinion sur la vaccination.

Méthodologie

Ce mémoire se concentre sur la période de la mise en débat de la vaccination, c'est-à-dire avant et pendant la campagne de vaccination. Pour le début de l'étude, on retient ainsi le mois de juillet 2009, avec l'annonce le 16 juillet de la commande de 94 millions de doses de vaccin par la France. L'étude s'arrêtera au début du mois de janvier 2010, avec l'annonce de la revente des vaccins le 4 janvier puis la fin de l'épidémie de H1N1 le 13 janvier. On note par ailleurs que la contestation a connu un pic durant la campagne de vaccination, d'octobre à décembre 2009.

Ce mémoire s'intéressant à la gestion et à la coordination d'une politique de communication en santé publique, son premier terrain est l'administration, et particulièrement le Service d'Information du Gouvernement (SIG) et le ministère de la Santé. En outre, en vertu des deux axes choisis pour ce mémoire, la contestation de la vaccination par les médecins généralistes et le public sur Internet, on retiendra deux terrains : celui des médecins généralistes, tant au niveau individuel qu'au niveau syndical ; et celui de deux sites Internet relais de discours sur la vaccination. Le premier sera le site Info' pandémie grippale, en tant que canal inaltéré du discours officiel, et le deuxième le site Doctissimo, < <http://www.doctissimo.fr/> >, « géant » de l'information en santé sur Internet, et dont les forums représentent une communauté en ligne très active. Sa prépondérance sur Internet a d'ailleurs été reconnue, puisqu'il a fait l'objet d'un partenariat avec le SIG en décembre 2009, sur lequel nous reviendrons.

Outre nos recherches dans les archives et les sources écrites que nous détaillons en bibliographie, ce mémoire a fait l'objet de trois entretiens semi-directifs :

L'entretien n° 1 fut conduit avec le Dr. Jean-Louis Bensoussan, chargé du dossier H1N1 au sein du syndicat MG France. Il nous apporté son point de vue en tant que représentant de syndicat, mais également en tant que médecin généraliste, profession qu'il exerce depuis près de trente ans.

L'entretien n° 2 fut conduit avec M. ..., une des personnes chargées de la communication « média » sur la grippe H1N1 au sein des services du Premier ministre. Il a partagé sa connaissance des différentes actions de communications conduites durant la campagne, notamment sur Internet.

L'entretien n° 3 fut conduit avec M. ..., un observateur au sein de l'administration publique, qui nous a offert des pistes de réflexion sur le dispositif de crise, et notamment sur l'organisation des cellules interministérielles de crise (CIC).

Enfin, nous avons identifié plusieurs dizaines de membres des forums de Doctissimo qui s'étaient exprimés d'une façon intéressante pour notre étude sur le sujet de la vaccination. Nous leur avons fait passer un questionnaire, disponible en annexes, et avons échangé par écrit sur leurs réponses, en leur soumettant notamment des arguments en faveur de la vaccination qu'ils n'avaient pas entendus.

Annonce du plan

Notre première partie vise à expliquer en détail les complexités de la campagne de vaccination : les dispositions du plan pandémie grippale de 2005 ; le contexte sociologique et politique induit par les crises sanitaires précédentes, ayant conduit à une décrédibilisation de la parole de la santé publique et de la ministre de la Santé ; l'explication détaillée des choix techniques et pratiques ayant mené à la campagne de vaccination, et enfin une appréciation globale de la communication du gouvernement et de la cacophonie dans laquelle celle-ci s'est déroulée. Notre étude des médecins généralistes, cet échelon « court-circuité » durant la campagne, mettra d'abord cette mise à l'écart en contexte en expliquant le poids du médecin généraliste au sein du système de santé, ainsi que celui de sa représentation. Les arguments en faveur des centres, nous allons le voir, étaient facilement opposables, et n'ont fait que renforcer l'incompréhension de la profession, tout en représentant une fenêtre d'opportunité pour les syndicats. Cette partie nous permet également d'examiner l'impact de cette contestation de la vaccination sur le message délivré par les syndicats et les médecins généralistes dans leur cabinet sur l'intérêt de la vaccination. Enfin, nous examinerons la façon dont le gouvernement s'est exprimé sur Internet, et s'il l'a fait de manière à contrôler les messages anti-vaccination. Un examen approfondi du site Info' pandémie grippale, et notamment ses sections « Questions-réponses », censées répondre aux objections à la vaccination, ainsi qu'une étude des forums de Doctissimo nous permet de conclure que ce n'est pas le cas. Si, dans le contexte très sensible d'une crise sanitaire, il est difficile pour l'Etat de prendre la parole en ligne au sein de communautés, il peut toutefois agir sur l'adhésion aux messages contestataires en proposant une information suffisamment accessible, partageable et convaincante qui concurrence les discours anti- vaccination.

I. L'épidémie de H1N1 : le choix de la vaccination

I.1 Le plan pandémie grippale de 2005

La nature du dispositif H1N1 mis en place en 2009 relevait principalement de l'application du plan de pandémie grippale de 2005, faisant suite à l'épidémie de grippe aviaire. Ce plan, utilisé pour la première fois lors de la grippe H1N1, était prévu pour une vaccination rapide et à grande échelle de la population, dans des centres dédiés afin d'optimiser la gestion et ses coûts, ainsi que de limiter les flux de contamination. Un tel dispositif « hors normes » se distingue également par sa coordination interministérielle et sa forte inclusion dans un plan global de lutte contre le virus, dans lequel les différentes entités concernées sont perpétuellement en contact afin de mieux gérer la crise.

I.1.1 Une préparation en vue d'une pandémie grave : un large objectif de vaccination

Une protection globale de la population

Dans le cadre du plan de pandémie grippale, l'objectif retenu était celui d'une vaccination large, d'environ 75% de la population, offrant une protection globale contre le virus. L'intérêt de la vaccination est en effet double. Elle présente un intérêt global de maîtrise de la pandémie : face à une pandémie, la vaccination massive des jeunes et des enfants offre un effet « barrière » au virus et permet de limiter sa circulation. Cette protection à l'échelle globale survient à partir d'un seuil pouvant aller de 30 à 70% de la population vaccinée,

⁹ suivant les estimations . Pour jouer son rôle de protection collective, cette vaccination doit toutefois intervenir avant le pic de la pandémie. Une fois la phase de pandémie passée, la vaccination offrira moins un effet « barrière » qu'une protection individuelle. La vaccination cible alors les personnes à risque, identifiées dans le cas du H1N1 comme étant les femmes enceintes, ainsi que les patients déjà visés par la vaccination contre la grippe saisonnière ¹⁰ .

Des motivations éthiques pour les citoyens

Par ailleurs, l'objectif de 75% de la population vaccinée, qui s'est reflété dans la commande de vaccins, englobait un autre public potentiel : les populations n'étant pas spécifiquement à risques mais souhaitant se faire vacciner. Cette « réserve » de patients potentiels prenait aussi en compte une possible augmentation de la virulence du virus H1N1, et donc une hausse de la demande de vaccination.

⁹ Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A(H1N1)*, n°270, Paris : Sénat, 2011.

¹⁰ Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)*, n°2698, Paris : Assemblée Nationale, 2011.

Le choix d'une large couverture vaccinale répondait donc également à un enjeu éthique, voire politique, puisqu'il engageait la responsabilité du gouvernement dans sa capacité à offrir à chaque citoyen le désirant une protection contre la grippe.

I.1.2 Une coordination internationale

Conséquence naturelle du développement des flux de voyageurs et de marchandises, la grippe H1N1 appartient à cette nouvelle famille d'épidémies « globalisées », qui se propagent rapidement d'un continent à un autre. Dans ce contexte, il est d'autant plus essentiel que les problématiques de santé publique soient supervisées par des réglementations et des instances transnationales, à l'image d'autres secteurs des politiques publiques. Dans le cas présent, la plus haute autorité est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), intégrée au système de l'Organisation des Nations Unies.

Suivi du règlement sanitaire international

Prenant en compte le développement des échanges et des flux internationaux, le Règlement sanitaire international (RSI) cible spécifiquement les risques sanitaires pouvant se propager au-delà des frontières nationales, et a pour but de mettre en place un suivi et des mesures communes en cas de crise. Adopté en 2005 par l'OMS et entré en vigueur le 15 juin 2007, son article 6 requiert notamment des Etats qu'ils notifient à l'OMS « tout événement survenu sur [leur] territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'instrument de décision, ainsi que toute mesure sanitaire prise

pour faire face à ces événements »¹¹. Le Directeur général de l'OMS définit alors s'il s'agit ou non d'un cas relevant d'une urgence de santé publique de portée internationale, en fonction de différents critères :

« La présence d'un cas inhabituel ou inattendu » de certaines maladies : variole, poliomyélite, SRAS, et, dans le cas présent, « Grippe humaine causée par un nouveau sous-type » ;

La probabilité que l'événement signalé ait « une ampleur internationale pour la santé publique » ;

La présence de maladies graves spécifiques, telles que le choléra ou la fièvre jaune¹².

Dans le cas du virus H1N1, la caractérisation en « urgence de santé publique de portée internationale » a donc été décidée au vu des deux premiers critères de décision. Toutefois, ainsi que le rappelle le rapport de l'Assemblée Nationale, l'OMS n'a pas vocation à être l'instance d'un « gouvernement sanitaire mondial » : la classification en urgence de santé publique n'a pas de caractère juridique contraignant pour les Etats, même si elle constitue

un « cadre de référence essentiel »¹³. Conformément au RSI, les premières notifications des Etats-Unis et du Mexique sont parvenues à l'OMS en avril 2009, signalant des cas d'un

¹¹ Règlement sanitaire international, article 6, 2005.

¹² Règlement sanitaire international, annexe 2, *ibid.*

¹³ Assemblée Nationale, *op. cit.*, p. 66.

nouveau sous-type de virus A/H1N1 de la grippe porcine¹⁴. La France a elle aussi appliqué le RSI en signalant deux cas confirmés au 1^{er} mai 2009¹⁵.

Une indexation sur les phases d'alerte de l'OMS

En application de l'article 12 du RSI, le Directeur général établit le niveau de gravité de l'urgence signalée. La prépondérance de l'OMS dans le dispositif de réponse à la pandémie grippale se traduit également par le choix, fait dès l'élaboration du plan de pandémie grippale, d'indexer les phases de gravité sur celles définies par l'OMS. Le plan français nuance ces phases en distinguant les situations en France et à l'étranger. L'OMS distingue 6 phases de gravité, de la phase où « aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé » à la phase dite de « pandémie mondiale ». Suite aux signalements du Mexique et des Etats-Unis, Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a annoncé le 29 avril 2009 sa décision de passer de la phase 4 (« Transmission¹⁶ interhumaine efficace ») à la phase 5 (« niveau d'alerte pandémique supérieur »)¹⁷. Du fait de la forte propagation du virus, la décision a été prise le 11 juin 2009 de passer à la phase 6 du plan, la phase pandémique, caractérisée par « des flambées à l'échelon¹⁸ communautaire dans au moins un pays d'une autre Région de l'OMS », mais également qualifiée de « modérément grave », dans le cas du H1N1.

C'est cette évaluation de la gravité qui s'est révélée problématique dans le cas du H1N1, et a suscité de nombreuses critiques dont le rapport de l'Assemblée Nationale, entre autres, s'est fait l'écho. En effet, si la propagation du virus était rapide, sa létalité restait à un niveau faible, du même ordre que celle de la grippe saisonnière. Or, ni les phases de l'OMS ni le plan français de pandémie grippale ne prévoyaient un dispositif adapté si les variables de gravité et de contagiosité du virus étaient décorréliées. Cette déconnexion, devenue apparente au fil des mois, est au cœur des problèmes posés par la communication autour du virus H1N1.

I.1.3 Un large pilotage interministériel

Co-existence et concurrence de deux canaux : CIC et DGS

Destiné à gérer une épidémie de grande ampleur, tant par sa contagiosité que par sa gravité, le plan de pandémie grippale s'appuyait sur une organisation quasi-militaire, chapeauté par le ministère de l'Intérieur. Crise globalisée, la pandémie grippale appelait également un pilotage centralisé. C'est pourquoi a été mis en place le système des cellules interministérielles de crise (CIC), divisé en trois entités principales : la CIC-Décision, la CIC-Suivi ou Situation et la CIC-Communication (« CIC-Com »), chacune tenant une réunion

¹⁴ « OMS | Grippe porcine aux États-Unis et au Mexique – bulletin n°2 », site de l'Organisation Mondiale de la Santé, < http://www.who.int/csr/don/2009_04_26/fr/ >.

¹⁵ « Cas humains de nouvelle grippe à A(H1N1) - Point au 01 mai 2009 », site de l'Institut de Veille Sanitaire, < http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/grippe_dossier/index_h1n1.htm >.

¹⁶ Assemblée Nationale, op. cit., p. 71.

¹⁷ « Déclaration du Directeur général de l'OMS, Dr Margaret Chan - 29 avril 2009 », site de l'Organisation Mondiale de la Santé, < http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/fr/index.html >.

¹⁸ « Phase OMS d'alerte à la pandémie actuellement en vigueur », site de l'Organisation Mondiale de la Santé, < http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/fr/ >.

hebdomadaire. On notera par ailleurs que si les deux premières ont été mises en place le 30 avril 2009, la CIC-Communication a elle été créée le 2 mai ; un décalage révélateur de la moindre importance des questions de communication. Ces rencontres réunissaient des représentants des ministères concernés : l'Education nationale, les Affaires étrangères, la Santé et les Sports, et se tenaient sous la présidence du ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales de l'époque, Michèle Alliot-Marie d'abord, jusqu'au 23 juin 2009, puis Brice Hortefeux. Cette structure, réunie pour la première fois le 30 avril 2009, devait permettre des prises de décision collégiales et plus efficaces, en dépit d'un certain émiettement des rôles. Ainsi, au sein du pilotage global assuré par la place Beauvau, les CIC étaient dirigées par différentes directions de l'Intérieur : la Direction de la planification de la sécurité nationale (DPSN) pour la CIC-Décision, la Direction de la sécurité civile (DSC) pour la CIC-Suivi, qui assurait un suivi de la situation de grippe ; et, dans le cas de la CIC-Communication, par la Délégation à l'information et à la communication du ministère de l'intérieur¹⁹, et ce en présence d'une autre instance de coordination de la communication gouvernementale, le Service d'Information du Gouvernement (SIG).

En dépit du pilotage par la place Beauvau, la nature même de la crise a fait émerger un deuxième poids lourd au sein de la CIC : le centre de crise sanitaire du ministère de la Santé, et ce même si le plan de pandémie grippale prévoyait que ce dernier « passe la main » au ministère de l'Intérieur en milieu de crise²⁰. Cette coexistence de deux instances majeures au sein du dispositif entraînait donc un découpage des rôles, parfois peu logique : la Direction générale de la Santé (DGS) était ainsi chargée de la « conception, la préparation et la mise en œuvre des décisions prises »²¹. Toutefois, ainsi que l'a indiqué son chef du département des urgences sanitaires, la DGS n'a pas été consultée sur la nécessité ou la faisabilité d'une campagne de vaccination à l'échelle nationale prévue par le plan de pandémie grippale, alors même qu'elle était chargée de sa mise en œuvre²².

La CIC-Communication : d'un manque de formation à un manque de décisions

Le fonctionnement interministériel, s'il était justifié en matière de suivi de la pandémie, s'est toutefois révélé incompatible avec les exigences d'une communication de crise, qui se doit d'être réactive et unifiée. Ainsi, la constitution et le fonctionnement de la CIC-Com offrent un éclairage sur l'échec de la communication autour de la grippe H1N1. Premièrement, et c'est un point soulevé par plusieurs observateurs et personnes interrogées, ceci conduisait à une multiplication des décisionnaires, qui ne sont pas tous « de vrais professionnels de la communication »²³. Le rapport de l'Assemblée Nationale s'est ainsi étonné de la présence au sein des CIC-Communication d'intervenants « indirectement concernés », tels que le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale²⁴. Ce manque de profils

¹⁹ Cour des Comptes, op. cit.

²⁰ Assemblée Nationale, op. cit., p.75.

²¹ Cour des Comptes, op. cit., p. 9.

²² Assemblée Nationale, op. cit., p. 443.

²³ Entretien n°2.

²⁴ Assemblée Nationale, op. cit., p. 76.

de communicants au sein de la CIC-Com est par ailleurs, selon une personne interrogée dans le cadre de ce mémoire, révélateur d'un problème plus global « de formation dans l'administration de ceux qui font de la communication », où les postes de communication au sein du gouvernement et des administrations publiques apparaissent parfois comme des « placards dorés », concluant des parcours non spécialisés dans la communication.

En outre, la multiplication des décisionnaires au sein de la CIC-Com a abouti, paradoxalement, à un manque de décision. Un responsable gouvernemental ayant assisté à une CIC-Com déplore ainsi l'absence de « vrai pilote, quelqu'un qui prend en charge et puis qui tranche ». Ce problème a d'ailleurs été renforcé par l'aspect sensible du champ d'action de la CIC : valider des éléments de communication engageant le gouvernement, dans un contexte de crise sanitaire grave et très changeant. Ces spécificités ont conduit à un allongement considérable des délais de validation : ainsi, une note du SIG datée du 5 décembre 2009, préconisant d'étendre la communication gouvernementale à des sites Internet non-institutionnels, n'a abouti que le 10 janvier, avec la mise en place d'un partenariat avec Doctissimo, site d'information médicale à destination du grand public, que nous détaillerons ci-après. Les délais de latence vécus en CIC-Com sont d'autant plus sensibles dans le temps médiatique, et notamment celui d'Internet, temps dans lequel « il n'est pas question de mettre trois jours à répondre à une attaque », comme l'a déclaré Thierry Saussez, le directeur du SIG de 2008 à 2010²⁵.

I.1.4 Engagement sur la vaccination

Des engagements précoces mais insuffisants

Suite à la pandémie de grippe aviaire (H5N1) survenue en 2005, le gouvernement français a noué de premiers contrats portant sur des médicaments anti-grippaux ainsi que sur deux vaccins spécifiques : l'un contre le H5N1, l'autre contre un virus pandémique mutant²⁶. Le 30 août 2005, le Premier ministre, Dominique de Villepin, a ainsi annoncé que la France avait commandé 2 millions de doses de vaccin anti-H5N1 et réservé 36 millions de doses contre un potentiel virus pandémique auprès du laboratoire Novartis²⁷. Un contrat a également été signé la même année avec le laboratoire Sanofi-Pasteur. Comme nous l'avons vu plus haut, l'objectif retenu par le gouvernement en 2009 était celui d'une vaccination large de la population, dans un contexte d'inquiétude et d'incertitudes face à la menace représentée par le H1N1 : cela a donc conduit le gouvernement à fixer la quantité de vaccins commandés à 94 millions de doses, qui permettaient de vacciner 78% de la population avec un dispositif de double injection.

L'Etat en position de faiblesse dans les négociations

En conséquence, les contrats signés en 2005 apparaissaient insuffisants au printemps 2009 ; le gouvernement étant également contraint par le calendrier de fabrication et d'approvisionnement des vaccins, qu'il souhaitait voir complétés avant la fin du pic pandémique, c'est-à-dire entre octobre et décembre 2009. C'est pourquoi l'Etat a choisi de se tourner vers un autre laboratoire, GlaxoSmithKline (GSK), qui était à un stade avancé

²⁵ Assemblée Nationale, *ibid.*, p. 421

²⁶ Assemblée Nationale, *ibid.*

²⁷ DERENNE P. et BRICAIRE F., *Pandémie. La grande menace ?*, Paris : Fayard, 2005, 325 p.

de l'élaboration de son vaccin, et proposait de mettre à disposition de la France 50 millions de doses de vaccins si celle-ci s'engageait tôt, c'est-à-dire avant le 11 mai 2009. Contraint par l'urgence et les incertitudes au sujet de virus ainsi que par l'absence de contacts préalables avec le laboratoire, le gouvernement a donc eu peu de marge de manœuvre dans la négociation des vaccins et sur une possible réévaluation des contrats signés avec GSK. Validés le 3 juillet 2009, les contrats signés par le gouvernement avec les laboratoires pharmaceutiques Novartis, Sanofi-Pasteur, GlaxoSmithKline et Baxter représentent un

montant de 674,9 millions d'euros hors taxes ²⁸ .

De manière générale, et du fait à la fois de la rapidité du gouvernement et de la forte demande internationale, la « négociation » pour les vaccins a débouché sur de nombreuses clauses défavorables à l'Etat, la première d'entre elles étant l'impossibilité d'annuler une partie de la commande. En outre, la réunion interministérielle du 3 juillet portant sur la validation des contrats a fait apparaître une autre exigence des laboratoires pharmaceutiques : celle d'être exonérés de toute responsabilité sur l'utilisation et la qualité des vaccins. Si cette question a été réglée par un compromis décidé au niveau européen, elle représente, en matière de communication, un signal très négatif, et ce marqueur « d'irresponsabilité » ou « d'immunité » des laboratoires a contribué à installer le doute sur

le bien-fondé de la vaccination ²⁹ .

I.2 Méfiance et précaution : contexte sociologique et politique spécifique de la campagne de vaccination

Si la grippe H1N1, tant par son statut de pandémie globale que par son traitement interministériel, représentait une forme nouvelle de crise sanitaire, sa gestion politique et le vécu de l'opinion publique furent tributaires des expériences précédentes. Ainsi, le « répertoire d'action » de la crise, pour reprendre la dénomination du sociologue Charles Tilly, opérait dans un cadre politique, socio-historique et législatif bien défini. Il est caractérisé par la méfiance et la suspicion à l'égard de la puissance publique en matière de santé, et, conséquemment, par l'adoption d'un cadre législatif contraignant invitant à la prudence dans l'action publique.

I.2.1 Une confiance amoindrie envers la santé publique : le poids des scandales sanitaires des années 1990

Scandale du sang contaminé

« Le politique à un moment donné, (...) se dit : "Potentiellement je peux sauter sur ce sujet-là. Et je préfère avoir une crise médiatique et avoir commandé trop de vaccins plutôt qu'on me reproche de pas en avoir acheté assez" » ³⁰ .

²⁸ Assemblée Nationale, op. cit.

²⁹ BENKIMOUN P., « Grippe A : les contrats avec les laboratoires dévoilés », *Le Monde*, 1er novembre 2009.

³⁰ *Entretien n°2.*

Il représente l'une des premières références historiques auxquelles les interviewés ont fait appel : le scandale du sang contaminé, ayant causé la contamination de 2 000 personnes hémophiles par le virus du sida lors des années 1984 et 1985. Dès 1983, les autorités médicales déconseillent les transfusions sanguines entre patients à risques en l'absence de test fiable de dépistage. En parallèle, la pratique du « chauffage », consistant à chauffer de l'extrait de plasma pour inactiver le virus, découverte fin 1984, ainsi que le principe de traçabilité des prélèvements sanguins ne se répandent pas tout de suite en France. Il faut attendre l'arrêté du 23 juillet 1985 pour le gouvernement impose l'ajout d'un dépistage

³¹ du sida lors des tests effectués sur les prélèvements sanguins de donateurs bénévoles . La responsabilité politique des ministres de l'époque, Laurent Fabius, Premier ministre, Edmond Hervé, ministre de la Santé, et Georgina Dufoix, ministre des Affaires sociales, fut mise en cause pour deux raisons : ils ont d'une part été soupçonnés d'avoir retardé la mise en place de l'obligation de dépistage systématique afin de favoriser le test mis au point par l'institut Pasteur, et non celui du laboratoire américain Abbott ³² . D'autre part, l'arrêté du 23 juillet fixait au 1^{er} octobre l'arrêt du remboursement par la sécurité sociale des stocks de sang non-chauffé. En conséquence, ce sang non-chauffé, et donc entraînant potentiellement la contamination par le sida, a été laissé en circulation et utilisé dans le cadre de transfusions sanguines alors même que sa dangerosité était connue. Le procès des trois ministres, qui s'est tenu en 1999, a abouti à une condamnation pour Edmond Hervé, celui-ci étant toutefois dispensé de peine ³³ .

L'affaire du sang contaminé a entraîné une forte perte de prestige, voire une ³⁴ décredibilisation des professions de santé et des autorités sanitaires en général . En outre, elle a mis en lumière un certain nombre de défaillances de l'administration : retard dans la prise de mesures permettant d'assurer la sécurité des patients, prévalence de considérations économiques plutôt que sanitaires, et, surtout, absence de condamnation ou d'aveu de responsabilité du politique, illustrée par la formule restée célèbre de Georgina Dufoix « Responsable, mais pas coupable ».

Campagne de vaccination contre l'hépatite B

Cette érosion de la confiance du public dans les autorités sanitaires s'est encore accentuée durant les années 1990 avec l'hépatite B, et s'est ainsi combinée avec l'opposition à la vaccination en général. En 1994, la France lança une campagne de vaccination contre l'hépatite B, à destination notamment des nourrissons et préadolescents. Dès 1996, une thèse de médecine, intitulée « Accidents de la vaccination contre l'hépatite B », mit en doute l'innocuité du vaccin en rapportant des cas d'atteintes démyélinisantes, c'est-à-dire un ralentissement de la conduction des signaux nerveux. La démyélinisation est notamment un symptôme de pathologies telles que la sclérose en plaques ou le syndrome de Guillain-Barré, fréquemment cité lors de la polémique sur la vaccination contre la grippe A. Suite à cette étude, d'autres cas de sclérose en plaques diagnostiqués après le vaccin contre l'hépatite B sont rapportés, et conduisent notamment à la création d'une association de

³¹ Arrêté du 23 juillet 1985 modifiant l'arrêté du 19 mai 1976 relatif aux prélèvements de sang, 1985.

³² FROGUEL P. et SMADJA C., « Les dessous de l'affaire du sang contaminé », *Le Monde Diplomatique*, février 1999.

³³ FAVEREAU E., « Le procès du sang contaminé. Jugement clément de la Cour de justice pour les trois ministres. Sang contaminé: deux relaxes et une non-condamnation », *Libération*, 10 mars 1999.

³⁴ HASSENTEUFEL P., *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, 364 p.

victimes du vaccin³⁵. Celle-ci évoque le chiffre de 600 personnes chez qui se seraient déclarées « des maladies dont les symptômes correspondent à ceux relevés dans la presse spécialisée à la suite chronologique d'une vaccination contre l'hépatite B »³⁶. Cette polémique sur le vaccin, injecté aux enfants en âge d'entrer au collège, s'accompagne également d'une campagne de presse virulente, à l'image du Parisien qui en janvier 1998, annonce en une des « Révélation sur un vaccin dangereux »³⁷.

La puissance publique entre alors dans cette sorte de « zone grise » en matière sanitaire, dans laquelle les risques liés à un traitement sont possibles, soupçonnés, sans être pour autant significativement avérés. Ainsi, nombre d'études publiées en 1998 concluent que si le lien entre vaccin et sclérose en plaques n'est pas statistiquement significatif, celui-ci pourrait le devenir en prenant en compte la variable des cas non-rapportés³⁸. En outre, en juin 1998, la justice tranche en faveur des patients, en confirmant que la vaccination serait bien « l'élément déclenchant » des scléroses en plaques développées par les plaignants. Quelques mois plus tard, en octobre 1998, Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la Santé, fait face à un choix complexe : si les études fournies par Réseau National de Santé Publique (l'ancêtre de l'Institut national de Veille Sanitaire) concluent à un rapport bénéfice-risque favorable à la vaccination, les risques de développer une sclérose en plaques restent substantiels, notamment chez les préadolescents ayant des antécédents familiaux. La décision est donc prise de mettre fin à la campagne systématique de vaccination en milieu scolaire, et de la déplacer dans les cabinets de médecins généralistes, plus à même d'assurer le suivi médical à l'échelle des familles. Toutefois, cette décision, difficile à expliquer, ne dissipe pas le doute sur la dangerosité de la vaccination et contribue même à le renforcer : en suspendant la vaccination systématique, le gouvernement reconnaît implicitement qu'il existait des risques, illustrés par un certain nombre de cas avérés.

Cette extrapolation sera d'ailleurs reprise par médias et comités anti-vaccination, à l'image du Parisien qui titrera : « Hépatite B, le vaccin était bien dangereux »³⁹. Elle démontre ainsi l'impossibilité, en matière sanitaire et scientifique, d'apporter la preuve de l'absence de risque⁴⁰, mais également la difficulté pour le politique de se positionner sur ces questions, comme l'illustre une remarque a posteriori d'un député de gauche, par ailleurs médecin généraliste de profession : « Qu'un ministre, médecin lui-même, déclare qu'il s'en remet à la sagesse des médecins, c'est la négation de l'action politique »⁴¹. L'expérience de

³⁵ « Vaccination anti-hépatite B et effets secondaires graves : ne pas confondre séquence et conséquence », *site de la Société Nationale Française de Gastro-entérologie*, < <http://www.snfge.asso.fr/02-Connaitre-maladie/0F-foie-et-voie/faq/cales.pdf> >.

³⁶ COROLLER C., « Un vaccin indésirable? L'association Revahb conteste les chiffres officiels. », *Libération*, 5 février 1998.

³⁷ FAVEREAU E., « Hépatite B: un vaccin à polémique. La virulence des attaques répétées contre ce produit reste injustifiée. », *Libération*, 22 janvier 1998.

³⁸ « Vaccin contre l'hépatite B et sclérose en plaques : Etudes scientifiques », site du cours de Cartographie des controverses, Ecole de la Communication de Sciences Po, < http://ionesco.sciences-po.fr/com2009/hepatiteb/wordpress/?page_id=110 >.

³⁹ FAVEREAU E., « Hépatite B: les dessous d'une annonce ratée. L'OMS s'inquiète des mesures prises par Bernard Kouchner. », *Libération*, 5 octobre 1998.

⁴⁰ BRONNER G. et GEHIN E., *L'inquiétant principe de précaution*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010, 192 p.

⁴¹ Assemblée Nationale, *ibid.*, p. 283.

la polémique autour du vaccin contre l'hépatite B a ainsi partiellement « préparé le terrain » pour les lobbys anti-vaccination actifs durant l'épisode de H1N1, tant en médiatisant leur combat qu'en constituant un précédent dans la reconnaissance par l'administration publique des dangers liés à une vaccination.

1.2.2 L'émergence de « menaces » sanitaires globalisées

Après les années 1990, marquées par une décrédibilisation de l'expertise sanitaire, les grandes crises sanitaires des années 2000 reflètent les évolutions des sociétés mondiales. Le développement des flux de passagers entraîne une plus grande diffusion des infections virales ; à l'image du transport aérien, qui non seulement déplace des personnes infectées d'un endroit à un autre, mais contribue également à propager les bactéries dans un espace⁴² confiné durant plusieurs heures, et ainsi à augmenter les chances de contamination . A l'image de ses populations, devenues plus mobiles, le champ d'action des nouvelles problématiques de santé publique ne peut plus faire l'objet d'un traitement à la seule échelle territoriale ou nationale. C'est pourquoi certains auteurs relèvent que ces pandémies sont l'occasion d'une montée en puissance de l'OMS, face à une menace globale contre laquelle les individus ne peuvent se prémunir et pour laquelle ils réclament l'intervention d'une puissance tierce⁴³ .

Grippe aviaire (2004)

La grippe aviaire, également appelée grippe AH5N1, est un virus grippal se transmettant entre oiseaux, essentiellement des volailles, d'où son surnom parfois de « grippe du poulet ». S'il affecte principalement les animaux sauvages, il peut également se transmettre aux volailles domestiques, et peut facilement muter pour se transmettre à l'homme. Chez l'être humain, les premières manifestations de grippe aviaire sont généralement de la fièvre et des difficultés respiratoires, assorties d'autres symptômes grippaux⁴⁴ . Ainsi que nous l'avons évoqué plus haut, un premier épisode de grippe aviaire est survenu à Hong-Kong en 1997.

En décembre 2003, la présence du virus est confirmée⁴⁵ dans des élevages de volaille en Corée du Sud, avant de s'étendre à toute l'Asie en 2004. Les premiers cas hors du continent asiatique sont signalés fin 2005, notamment en Europe centrale et du nord, ainsi qu'en Afrique. C'est dans ces circonstances qu'un responsable des questions de santé à l'ONU a commencé à évoquer le risque de pandémie, qui pouvait tuer selon lui 5 à 150 millions⁴⁶ de personnes en cas de transmission entre humains . Au 30 décembre 2005, on recense selon l'OMS 142 cas humains de grippe, dont 74 mortels. Si la contamination semble avoir

⁴² DERENNE P. et BRICAIRE F., *ibid.*

⁴³ Eurocos Humanisme & Santé, *XIIIe journées de réflexion Eurocos Humanisme & Santé : Santé médiatisée. La force des images et des représentations*, 2007, Strasbourg. Paris : Editions de Santé, 2008, 233 p.

⁴⁴ « OMS | Grippe aviaire », site de l'Organisation Mondiale de la Santé, < http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/index.html >.

⁴⁵ « Grippe aviaire – Point sur les connaissances », site de l'Institut national de Veille Sanitaire, < <http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe/> >.

⁴⁶ BBC, « Bird flu 'could kill 150m people' », *BBC News Asia Pacific*, 30 septembre 2005.

eu lieu lors de contacts avec des animaux malades ou leurs déjections, on recense toutefois une quinzaine de cas de transmission ayant pu avoir lieu au sein de groupes familiaux⁴⁷.

La France, en 2005-2006, se distingue de ses voisins par sa relative bonne préparation à une pandémie de ce type. Ainsi, dès la découverte, en février 2006, de canards sauvages porteurs du H5N1, des mesures strictes ont été adoptées, tant en matière d'hygiène que de déplacements dans les zones concernées⁴⁸. En outre, l'OMS saisit l'occasion, dans la lignée du SRAS, de mettre en place une véritable politique de veille sanitaire, en prenant notamment en compte toutes les informations disponibles, et non seulement les sources officielles⁴⁹. La pandémie mortelle n'a finalement pas eu lieu, puisqu'entre 2003 et 2007, le nombre de cas humains est resté bien loin des 500.000 annoncés ; le virus fut toutefois mortel dans 216 cas, soit 50% à 70% de la population contaminée par le virus⁵⁰.

Chikungunya (2006-2007)

Survenu à la même période, avec de premiers cas rapportés en 2005, le chikungunya constitue un autre exemple de zoonose, une infection naturellement transmissible de l'animal à l'homme, en grande croissance ces dernières années du fait de la plus grande mobilité des porteurs d'agents pathogènes. Le chikungunya a été caractérisé par sa transmission très rapide : ainsi, en octobre 2005, de premiers cas de transmission materno-fœtale sont signalés ; seulement quelques mois plus tard, en février 2006, l'épidémie a déjà infecté près de 50 000 personnes⁵¹. Du fait de la circonscription de l'épidémie à deux îles, Mayotte et la Réunion, le nombre de personnes infectées à la Réunion, rapporté à la population totale de l'île, représente ici une part substantielle : 270.000 cas ont au total été diagnostiqués, soit 38% de la population. Si la létalité de l'infection n'est pas supérieure à celle de la grippe saisonnière (un décès pour mille cas de chikungunya), elle a toutefois frappé par les effets qu'elle a engendrés, de l'aggravation de maladies déjà présentes aux accidents de voiture causés par une invalidité subite dans les membres, ou encore des affections graves présentes chez certains enfants à la naissance, telles que les encéphalites virales⁵².

La crise politique entraînée par le chikungunya repose alors sur deux perceptions divergentes, le ressenti des politiques et des populations réunionnaises étant beaucoup plus profond que celui de la métropole. Ainsi, une enquête de Michel Setbon et Jocelyn Raude, menée durant l'épidémie, fait ressortir que la population interrogée, sur une échelle de 1 à

⁴⁷ « Epidémie de grippe aviaire A (H5N1) en Asie – Point au 30 décembre 2005 », site de l'Institut de Veille Sanitaire < http://www.invs.sante.fr/presse/2005/le_point_sur/grippe_aviaire_301205/index.html >.

⁴⁸ LEMONDE.FR, « L'Ain tente de résister à la propagation de la grippe aviaire », *Le Monde*, 26 février 2005.

⁴⁹ BRUCKER G., « Les maladies de la décennie », *Les Tribunes de la santé*, 2009, volume 4, n° 25, p. 39-49.

⁵⁰ « WHO | Cumulative Number of Confirmed Human Cases of Avian Influenza A(H5N1) Reported to WHO », site de l'Organisation Mondiale de la Santé, < http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2011_06_22/en/index.html >.

⁵¹ BRUCKER G., *ibid.*

⁵² FLAHAUT A., « Gestion d'une crise sanitaire : l'exemple du chikungunya », *Les Tribunes de la santé*, 2009, volume 1, n° 22, p. 53-66.

10, évaluait la gravité du chikungunya à 8/10, et leur propre inquiétude à 6,6⁵³. Les médias locaux, participant à un contexte de « saturation médiatique de l'espace réunionnais »⁵⁴, ont alors souligné le profond décalage avec les déclarations des autorités françaises et de l'OMS comparant l'épidémie de chikungunya à « une grande grippe »⁵⁵. Engagés malgré eux dans une sorte de « concurrence » des pandémies avec le H5N1, qui se propageait à la même période, les politiques locaux ont dénoncé ce qu'ils ressentaient comme une inégalité de traitement, à l'image de la présidente du Comité de tourisme de la Réunion, qui déclarait avoir le sentiment que « les poulets sont plus importants à protéger que les Réunionnais »⁵⁶. Le cas du chikungunya et sa transformation d'une crise sanitaire en crise politique illustre donc bien l'importance, même en période de pandémie, d'urgence sanitaire, des « discours sociaux pré-existants », ainsi que l'observent certains auteurs⁵⁷ ; et montre également la difficulté de privilégier le traitement d'un problème de santé sur un autre, ce qui a constitué une des critiques à l'encontre de la mobilisation pour la grippe A.

I.2.3 La précaution érigée en principe

Une recommandation européenne

En lien direct avec les scandales sanitaires des années 1990 et les défaillances constatées de l'Etat, les crises sanitaires des années 2000 ont été caractérisées par un traitement beaucoup plus marqué par la prudence, ainsi que par un cadre législatif renforcé. Apparue tout d'abord dans le contexte de la prévention des risques industriels et environnementaux, le recours au principe de précaution, tel que défini par la Commission européenne, « présuppose que les effets potentiellement dangereux d'un phénomène, d'un produit ou d'un procédé ont été identifiés et que l'évaluation scientifique ne permet pas de déterminer le risque avec suffisamment de certitude. »⁵⁸. Bien que n'ayant pas de valeur normative à proprement parler, cette communication a été la première officialisation d'une nouvelle orientation du droit communautaire. Ainsi que le rappellent certains auteurs, cette communication est également censée démontrer la bonne volonté de l'Union européenne dans le traitement de problématiques environnementales et sanitaires, en une année 2000 encore marquée par la crise de la vache folle. Par ailleurs, cette communication examine également la persistance de l'incertitude scientifique une fois qu'une pratique ou situation est considérée comme étant à risques : l'évaluation de l'ampleur des risques est donc une

⁵³ SETBON M. et RAUDE J., « Le chikungunya à la Réunion : facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux en situation épidémique », *I.N.E.D | Population*, 2008, volume 3, p. 555-583.

⁵⁴ ROMEYER H. (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, 214 p., p. 139.

⁵⁵ PAYOT M., « François Baroin: "Les crédits seront débloqués sans limitation" », *L'Express*, 16 février 2006.

⁵⁶ LEMONDE.FR, « François Baroin essuie les critiques des Réunionnais », *Le Monde*, 22 février 2006.

⁵⁷ ROUTIER C. et D'ARRIPE A. (dir.), *Communication & santé : enjeux contemporains*, Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2010, 275 p., p. 111.

⁵⁸ Commission des Communautés Européennes, *Communication de la Commission sur le recours au principe de précaution*, COM(2000) 1, Bruxelles : Commission des Communautés Européennes, 2000, p. 4.

notion qui, bien que complémentaire, reste distincte du principe de précaution en lui-même⁵⁹

Une responsabilisation française

En choisissant de le constitutionnaliser en 2005, la France donne un sens spécifique à l'idée de précaution, devenant même aux yeux de certains son « promoteur le plus radical »⁶⁰, à l'image de Bronner et Géhin dénonçant l'excès de « précautionnisme »⁶¹. Principe devenu constitutionnel, la précaution se transforme alors en « principe de responsabilité de l'Etat »⁶², sorte de label déclenchant l'action de la puissance publique dans le domaine concerné et devant couvrir l'ensemble des risques « probables, non avérés et dont la portée n'est pas, en l'état des connaissances scientifiques et techniques du moment, connue »⁶³.

Nous observerons par ailleurs que dans le cadre d'une mesure de santé publique contestée, telle que la vaccination contre la grippe A, le principe de précaution est un argument à double tranchant, tant idéologiquement qu'en termes de communication. En effet, dans le cadre d'un discours gouvernemental, l'appui sur le principe de précaution permet de rappeler que l'action de l'Etat s'élabore dans un cadre normatif et normé, voté démocratiquement, et ainsi de rassurer le public sur la maîtrise des pouvoirs publics sur la situation. A l'inverse, un trop grand appui sur le principe de précaution, tant dans le dispositif que dans le discours, peut être vu comme une manière pour les pouvoirs publics de minimiser l'étendue de leur prise de décision, en utilisant le principe de précaution comme un parapluie à tous les risques et objections ; c'est en outre s'exposer à des critiques sur le manque d'ajustement du dispositif à la spécificité de la question. Cette nuance a par ailleurs été relevée, dans le cadre de la grippe A, par des spécialistes de la santé publique comme Didier Tabuteau, pour qui le principe de précaution est avant tout un « principe de proportionnalité », dans le cadre duquel « la riposte doit être adaptée au risque tel qu'il est apprécié à l'instant où l'on doit se prononcer ».

I.2.4 Une ministre contestée

Des conférences de presse quasi-quotidiennes à la séance de vaccination devant les caméras, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé au moment de la grippe H1N1, s'est particulièrement investie dans la promotion du dispositif contre la grippe. Roselyne Bachelot a incarné la prise au sérieux par l'Etat de la menace de grippe – un des interviewés de ce mémoire relèvera, non sans malice, qu'était toujours présente dans les esprits la canicule de 2003, et l'image désastreuse d'un Jean-François Mattéi, alors ministre de la Santé, intervenant « en polo » au journal de 20 heures depuis sa maison de vacances⁶⁴.

⁵⁹ DE BOY L. et al., « Analyse de la communication de la Commission Européenne de février 2000 au regard des débats actuels sur le principe de précaution », *De Boeck Université | Revue internationale de droit économique*, tome 15, n° 2, p. 127-160.

⁶⁰ DOZON J.-P. et FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris : Balland, 2001, 362 p., p. 7.

⁶¹ BRONNER G. et GEHIN E., *ibid.*

⁶² PRIEUR C., « Le principe de précaution oblige à exagérer la menace », *Le Monde*, 1^{er} octobre 2010.

⁶³ Assemblée Nationale, *op. cit.*, p. 35.

⁶⁴ ECOFFIER M. et FAVEREAU E., « Le livre qui incendie Mattéi », *Libération*, 19 novembre 2003.

Loi HPST : un premier long accrochage avec les médecins

Outre la grippe A, la loi de réforme de l'hôpital, souvent désignée sous l'appellation « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), a représenté une séquence majeure du travail de Roselyne Bachelot au ministère de la Santé. La réforme fait suite au rapport dirigé par Gérard Larcher, rendu en avril 2008, qui avait pour but de repenser la démographie médicale

⁶⁵ en France. Suivant une logique déjà amorcée par d'autres domaines des politiques publiques, tels que la carte militaire ou la carte judiciaire, la réforme de l'hôpital préconise le regroupement des établissements pour plus d'efficacité et une réduction des coûts des activités. Ainsi, les hôpitaux appartiendront désormais à des Communautés hospitalières de territoire (CHT), elles-mêmes chapeautées par des Autorités régionales de santé (ARS). Les points de la loi qui mettent le plus en difficulté Roselyne Bachelot sont ceux relevant de l'installation des médecins libéraux, dont le gouvernement voudrait équilibrer la répartition afin de mettre fin aux phénomènes de « déserts médicaux ». En outre, des sanctions financières à l'encontre des médecins refusant les patients bénéficiaires de la couverture ⁶⁶ maladie universelle (CMU), ainsi qu'une tarification à l'activité (T2A) au sein des hôpitaux sont instaurées. La montée en puissance des directeurs d'hôpitaux est également critiquée : ils définissent la politique médicale de l'établissement, et peuvent donc notamment gérer le « pool » de médecins y exerçant.

La mobilisation autour de la loi est rapide et généralisée chez les syndicats de médecins. Ainsi, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) dénonce « une ⁶⁷ expédition punitive contre la médecine libérale », en s'élevant notamment contre « la remise en cause de la liberté d'installation » due au système des aides financières versées aux médecins s'installant dans des zones sous-dotées, ou encore la possibilité pour les cliniques privées de salarier leurs médecins. Elle pointe également l'obligation faite aux médecins généralistes d'informer le Conseil départemental de leurs dates de vacances. On remarque ici que ces revendications recoupent la mission traditionnelle des syndicats de défense de l'identité libérale, que nous développerons plus loin. Fortement attaché, comme de nombreux projets de loi, à l'image du ministre qui le porte, la réforme HPST a donc été rapidement requalifiée de « loi Bachelot », et a fortement entamé l'image de la ministre auprès des médecins et ce, en dépit du soutien de certains syndicats à l'image de MG France, sollicité dans le cadre de ce mémoire. Un sondage IFOP pour *Le Quotidien du médecin*, publié en avril 2009, révèle ainsi que 60% des médecins libéraux jugent négativement la réforme. Lorsque la loi est finalement promulguée, le 22 juillet 2009, au début de la crise H1N1, Roselyne Bachelot est donc « en difficulté avec l'ensemble des ⁶⁸ professionnels de santé ». Ces divergences continueront à se manifester, alors que la grippe A a déjà remplacé la loi HPST dans l'actualité sanitaire.

Liens avec les laboratoires pharmaceutiques

⁶⁵ Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, Paris : Ministère de la Santé, 2008.

⁶⁶ BIZARD F. et PAPIERNIK E., « Loi Bachelot : le risque d'achever l'hôpital public », *Le Figaro*, 22 août 2008.

⁶⁷ « CSMF actu du 06 mars 2009 », site de la CSMF, < http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=697&Itemid=542 >.

⁶⁸ Entretien n°2.

Si la mésentente entre Mme. Bachelot et les médecins était avérée, certaines voix lui ont prêté des rapports autrement plus pacifiques avec d'autres professionnels du secteur. Ainsi que nous l'indiquons plus haut, Roselyne Bachelot, avant d'obtenir son doctorat de pharmacie en 1988, a poursuivi une carrière au sein de l'industrie pharmaceutique. Elle mentionne ainsi dans son CV datant de 2004, date de son élection au Parlement européen, avoir été « Déléguée à l'information médicale » au sein du laboratoire ICI Pharma, de 1969 à 1976, puis « Chargée des relations publiques » chez SoguiPharm, un autre laboratoire, de 1984 à 1989. Le premier poste désigne généralement des activités de visiteur médical auprès des cabinets médicaux : interrogée à ce sujet le 12 novembre 2009, alors qu'elle vient de se faire vacciner devant les caméras, Mme Bachelot aurait, selon les journalistes qui l'interrogent, répondu qu'elle avait « travaillé dans un laboratoire pharmaceutique comme visiteuse médicale à 1 000 francs par mois comme boulot (...) d'étudiante pendant 6 ans »

⁶⁹ . Nous observerons par ailleurs que l'appellation de « relations publiques » désigne quant à elle une activité plus en lien avec le lobbying, liée à la communication d'influence auprès de décideurs, notamment politiques. De manière plus globale, et bien que lui conférant une expertise toute légitime pour ce poste, le titre de docteur en pharmacie de Roselyne Bachelot est inhabituel chez les ministres de la santé. Ainsi, sur les neuf personnalités ayant

⁷⁰ occupé ce poste depuis 1995, cinq d'entre elles sont docteur en médecine. Roselyne Bachelot représente donc une exception, bien que son successeur, Nora Berra, spécialisée en immunologie, ait elle aussi travaillé pour l'industrie pharmaceutique avant de devenir

⁷¹ ministre .

Si cette information sur la carrière de Roselyne Bachelot est peu reprise par les grands médias, plusieurs blogs « alternatifs » se font l'écho, à l'été puis à l'automne 2009, de cette ellipse sur sa carrière. En effet, celle-ci offre un nouvel éclairage au discours de la ministre, qui met en valeur des traitements anti-grippaux, d'abord le Tamiflu puis la vaccination. Le parcours de Roselyne Bachelot-Narquin peut donc constituer un élément d'explication de ses mauvaises relations avec les professionnels de santé, ainsi que des polémiques nées à son sujet.

I.3 Choix du dispositif et éléments ayant prêté à polémique

I.3.1 Le choix des centres de vaccination

⁶⁹ RUFFIN F. et PASCARIELLO P., « Le vrai CV de Roselyne Bachelot », *Fakir*, 24 novembre 2009. Disponible sur < <http://www.fakirpresse.info/Le-vrai-CV-de-Roselyne-Bachelot.html> > .

⁷⁰ De l'élection de Jacques Chirac jusqu'au remaniement du 15 novembre 2010, où Nora Berra occupe le poste de Secrétaire d'Etat à la santé, sous la tutelle de Xavier Bertrand. Philippe Bas, ministre de mars à mai 2007 en remplacement de M. Bertrand, n'a pas été intégré dans ce classement, du fait de son rôle d'intérim.

⁷¹ « Biographie de Nora Berra », site du Gouvernement, < <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/nora-berra/biographie> > .

⁷² Cette partie a pour but de présenter les raisons officielles du choix de centres de vaccination, telles qu'avancées dans le rapport de l'Assemblée Nationale et celui de la Cour des comptes. Dans la deuxième partie, nous discuterons les contre-

Une pandémie de grande ampleur, une vaccination à grande échelle

Comme nous l'avons décrit plus haut, la France, au moment de mettre en place le dispositif, se préparait à faire face à une épidémie de grande ampleur, caractérisée par une très forte contagiosité – d'où la préparation, par les entreprises et les administrations, de plans de continuité d'activité face aux nombreux salariés infectés. En conséquence, elle se préparait à une vaccination massive de la population : la commande de 94 millions de doses, finalisée le 3 juillet 2009, permettait de vacciner 47 millions de Français, en se basant sur le modèle d'une double injection. Dans ce but, ont été mis en place 1168 centres de vaccination, qui ont ouvert leurs portes le 12 novembre 2009.

Au moment de l'élaboration du plan, la première contrainte était donc celle de l'ampleur du nombre des malades et des personnes à vacciner. Ainsi, on estimait que les cabinets médicaux auraient déjà à faire face à une suractivité liée aux patients contaminés par la grippe, et qu'en conséquence, les centres de vaccination permettaient de décharger la médecine ambulatoire des consultations liées à la vaccination. En outre, cette organisation permettait de séparer les flux des patients malades et des personnes venues se faire vacciner, afin d'enrayer la propagation du virus ; une contrainte technique qui n'était a priori pas adaptable dans tous les cabinets ⁷³.

Des contraintes techniques spécifiques à la vaccination de masse

Le choix des centres de vaccination a aussi été effectué en fonction de contraintes techniques liées au vaccin en lui-même. Comme nous l'avons expliqué plus haut, priorité a été donnée au calendrier d'approvisionnement. Le gouvernement a ainsi eu à choisir entre des vaccins conditionnés sous format individuel (monodose) ou par boîte de dix (multidoses). Or, du fait de chaînes de fabrication différentes, les vaccins monodoses n'ont été disponibles que 5 semaines après les vaccins multidoses. Ces vaccins ne peuvent être conservés plus de vingt-quatre heures après ouverture : se posait donc, pour la vaccination en cabinet, le problème du gaspillage de vaccins si les médecins n'étaient pas en mesure de rassembler leurs vaccinations sur une même journée. S'y ajoutait la question du stockage, qui ne doit pas rompre la chaîne du froid : là encore, le doute subsistait sur l'équipement de tous les médecins en réfrigérateurs pouvant conserver les vaccins à la bonne température.

En parallèle, la campagne de vaccination était assortie des exigences liées aux grandes opérations de santé publique. Ainsi, il est essentiel d'assurer une bonne traçabilité du vaccin, et ce notamment lorsqu'il comporte deux injections, en vérifiant par exemple que les patients reçoivent bien le même produit durant les deux sessions ou en rapportant les éventuels effets secondaires. Du fait des délais rapides de fabrication du vaccin, les autorités européennes et de l'OMS ont particulièrement insisté sur ce point. Toutefois ces exigences, ainsi que le rapporte un directeur de centre de vaccination, représentaient un

surplus de tâches administratives, « parfois longues et fastidieuses » ⁷⁴, et il apparaissait nécessaire que celles-ci n'incombent pas aux médecins libéraux, dont on supposait qu'ils auraient un surplus d'activité dans leur cabinet. Enfin, la vaccination en centre représentait le meilleur moyen d'organiser une vaccination en différentes vagues, avec la prise en compte

arguments avancés par les médecins généralistes, et notamment ceux développés par M. Bensoussan, chargé du dossier chez MG France et également médecin généraliste.

⁷³ Assemblée Nationale, op. cit., p. 82.

⁷⁴ Assemblée Nationale, ibid., p. 83.

d'un certain nombre de publics prioritaires, ce qui là encore pouvait se révéler compliqué à coordonner dans les agendas des médecins.

I.3.2 Une marge de négociation étroite dans la commande des vaccins

Achat global dès le début de la campagne

Comme le montre la chronologie de la campagne, le gouvernement français a disposé de très peu de temps pour élaborer, équiper et mettre en place le dispositif contre la pandémie. En effet, l'OMS annonce le passage à la phase 5 de son plan le 30 avril, jour où sont instaurées les CIC. Or, le laboratoire GSK exige que la lettre de réservation de 50 millions de vaccins lui parvienne avant le 12 mai, obligeant la France, ainsi que le relève la Cour des comptes, à s'engager sur une commande de vaccins « avant et pendant l'élaboration de sa stratégie vaccinale », et sans les avis du Haut conseil de la santé publique et du

⁷⁵ comité technique de vaccination . La France a donc été forcée d'effectuer sa commande de vaccins en se basant uniquement sur les premières projections de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS), ainsi que sur les observations sur Comité de lutte contre la grippe, qui s'est basé sur une pandémie de type H5N1, c'est-à-dire avec une forte létalité. Il apparaît clairement, au moment de la réservation des vaccins, en mai 2009, que celle-ci est motivée moins par une nécessité sanitaire que matérielle ; elle anticipe le fait que les laboratoires ne seront pas en mesure de fournir des vaccins si la commande est réalisée plus tard, ainsi que le présente Didier Houssin, le Directeur général de la santé :

« Si des interrogations subsistent encore, notamment du fait du manque de connaissance sur le virus et sur les orientations de l'OMS, la capacité de production mondiale étant limitée et de nombreux Etats voulant acheter des vaccins, il est nécessaire de prendre des décisions rapidement en matière de stratégie d'acquisition afin d'obtenir une bonne place dans le calendrier de livraison » ⁷⁶ .

Didier Houssin rappelle en outre qu'en amont d'une potentielle vague pandémique, la vaccination présente un intérêt collectif non négligeable. Il est à noter que cette date limite du 12 mai représentait une réservation de vaccins, et non un achat définitif : la commande ayant été finalisée le 3 juillet, le gouvernement a disposé de quelques semaines supplémentaires pour consulter tous ses interlocuteurs.

Reviement difficile

Toutefois, l'adaptation des contrats à l'évolution de la pandémie s'est révélée plus difficile. D'une part, la pandémie s'étant révélée plus modérée que prévu, le grand nombre de vaccins commandés semblait disproportionné face à la situation sur le terrain. D'autre part, dès le 28 octobre 2009, soit huit jours après le début de la campagne de vaccination, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) affirme que la double injection n'est en réalité pas nécessaire ; celle-ci sera définitivement écartée par l'Agence française du médicament,

⁷⁷ mais seulement un mois après, le 27 novembre . En conséquence, un redimensionnement

⁷⁵ Cour des Comptes, op. cit., p. 40.

⁷⁶ Cour des Comptes, *ibid.*, p. 42.

⁷⁷ Assemblée Nationale, op. cit.

s'imposait. Celui-ci a mis plusieurs semaines à être exécuté : ainsi, la confirmation écrite de l'annulation de 9 millions de doses du laboratoire Sanofi-Pasteur n'est arrivée que le 24 décembre, et a été finalisée le 4 janvier 2010. Au total, la France a annulé 50 millions de doses, réalisant ainsi une économie de 329,53 millions d'euros.

Outre les aménagements de commandes au fur et à mesure que l'on disposait de plus d'informations sur la pandémie, il semble toutefois que les commandes de vaccins étaient surdimensionnées dès le départ. C'est ce qui ressort du bilan de Brice Hortefeux, ministre de l'intérieur et donc en charge de la coordination interministérielle, qui estime que la totalité des 1168 centres, à plein régime, permettaient de vacciner 200.000 à 250.000 personnes par jour, soit 6 millions de personnes par mois. En conséquence, ainsi que l'observe l'Assemblée Nationale, l'objectif de 47 millions de Français vaccinés en quelques mois semblait irréaliste, du moins dans une configuration reposant exclusivement sur les centres.

I.3.3 Éléments d'incertitude sur le vaccin

Question des adjuvants

L'une des polémiques majeures, et donc source d'incertitude, sur la vaccination est liée à la présence et à la composition des adjuvants des vaccins proposés. Ainsi que l'explique le rapport de l'Assemblée, les adjuvants permettent au vaccin « d'agir même contre un virus qui se serait légèrement modifié », ainsi que de « limiter la quantité d'antigène nécessaire pour obtenir la réaction immunitaire permettant de protéger la personne vaccinée et d'augmenter

le nombre de vaccins produits dans une période donnée »⁷⁸ - on comprend donc ici l'intérêt des vaccins avec adjuvants dans un contexte où les délais de fabrication des vaccins étaient le critère principal de choix. Dans le cas de la grippe H1N1, l'adjuvant principal était le squalène, une substance chimique fréquemment utilisée dans les vaccins, et notamment dans le vaccin contre la grippe saisonnière. Enfin, un des conservateurs utilisés pour le vaccin était le thiomersal, un dérivé du mercure, qui a contribué à propager l'idée que le vaccin contenait des « métaux lourds », bien que la quantité de thiomersal contenue dans les vaccins soit bien moindre que celle présente dans le poisson, par exemple⁷⁹.

Si les vaccins contiennent fréquemment des adjuvants, la polémique est ici née autour de la commande de vaccins sans adjuvants, réservés à des personnes jugées immunitairement plus fragiles (personnes âgées, femmes enceintes). Les autorités sanitaires ont en outre assuré qu'elles suivaient de près les éventuels effets secondaires. Ces procédures sont appliquées dans tous les cas de vaccination, ainsi que nous l'a exposé un médecin généraliste interrogé pour ce mémoire. Cette distinction a toutefois contribué à semer le doute, en laissant entendre que des dangers pouvaient être liés aux adjuvants, puisque les personnes jugées les plus à risques en étaient dispensées.

Procédures de test

La qualité des vaccins a également été mise en doute du fait de la rapidité de leur mise sur le marché, qui sous-tendrait une absence de tests conduits dans la durée. Ces vaccins ont en fait subi une évaluation sur le long terme, grâce à la procédure de « mock-up », qui

⁷⁸ Assemblée Nationale, *ibid.*, p. 40.

⁷⁹ « Questions concernant la grippe H1N1 », site de l'Hôpital de Montréal pour enfants, < <http://www.thechildren.com/fr/sante/pathologies.aspx?ilD=469> >.

consiste à extrapoler les résultats de tests conduits sur un vaccin similaire, en l'occurrence le vaccin contre la grippe aviaire, entre 2007 et 2009⁸⁰. Les autorités sanitaires ont cherché à désamorcer la polémique, à l'image de l'OMS qui déclarait ainsi le 6 août : « Par manque de temps, les données cliniques seront inévitablement limitées au moment où on commencera à administrer les vaccins contre la grippe pandémique. Les tests d'innocuité et d'efficacité⁸¹ devront donc se poursuivre après avoir commencé à les administrer. »⁸¹. Toutefois, là encore, c'est paradoxalement cette grande prudence affichée, qui cherchait à être la plus transparente possible sur les problèmes potentiels liés à une vaccination à grande échelle, qui a renforcé l'idée de la dangerosité du vaccin.

I.4 Communication et cacophonie

I.4.1 Une campagne classique mais réussie

Un dispositif classique de communication

Ainsi que nous l'avons vu, la plupart des outils et dispositifs de la grippe H1N1 avaient été élaborés dans le cadre d'une préparation à la grippe aviaire. C'est également le cas de la stratégie de communication, qui reposait ainsi sur des outils classiques, ayant peu évolué depuis 2005. Le gouvernement disposait ainsi de dépliants et d'affichettes mis en place par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), ainsi que de ses conventions nouées avec Radio-France et France Télévisions⁸². Il a également réactivé et réactualisé son site Info' pandémie grippale⁸³, pour lequel il disposait de certaines communications préparées en amont, telles que l'outil « Mon quotidien en pandémie » ; toutefois, de l'avis de personnes proches du dossier, la communication sur Internet était à un stade beaucoup moins élaboré que celle sur d'autres supports⁸⁴. En outre, les ministères de l'Intérieur et de la Santé se sont accordés, à partir du 1^{er} mai, sur le principe d'une conférence de presse quotidienne, à la sortie de chaque réunion de la CIC : 34 conférences de presse ont ainsi été organisées par le ministère de la Santé ou la DGS, auxquelles s'ajoutent six conférences de pressés du ministère de l'Intérieur, certaines conjointes avec le ministère de la Santé, d'autres avec le ministère de l'Education – celui-ci, dirigé par Luc Chatel, a également organisé des conférences de presse, dont une à la rentrée scolaire 2009⁸⁵.

⁸⁰ Assemblée Nationale, op. cit.

⁸¹ « Innocuité des vaccins contre la grippe pandémique », site de l'OMS, < http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_safety_vaccines_20090805/fr/index.html >.

⁸² Assemblée Nationale, ibid.

⁸³ Voir partie sur le site Info' pandémie grippale, partie III.

⁸⁴ Entretien n°2.

⁸⁵ Cour des comptes, ibid.

Le dispositif de communication s'est toutefois distingué par une initiative nouvelle : celle de la lettre de Roselyne Bachelot-Narquin accompagnant les bons de vaccination, incitant les Français à se faire vacciner. Brice Hortefeux, ministre de l'Intérieur, a par ailleurs indiqué avoir fait parvenir aux maires des modèles de lettre-type à adresser à leurs administrés, sans préciser si cette suggestion avait été réellement suivie.

La campagne des gestes barrière

La première grande communication du gouvernement durant la grippe H1N1 a été la campagne dite des « gestes barrière », qui visait à diffuser auprès de la population des réflexes d'hygiène, certes basiques, mais permettant de limiter la propagation de l'épidémie : se laver régulièrement les mains, éternuer et tousser dans des mouchoirs jetables ou dans son coude, éviter les contacts avec des personnes contaminées. Confiée à l'agence TBWA Corporate, partenaire de l'INPES au moment de la crise, la campagne se décline en spots diffusés à la télévision, dans la presse et à la radio, avec le slogan « Les gestes de chacun font la santé de tous ». Lancée le 25 août 2009, la campagne a été bien reçue, comme en témoignent les médecins généralistes interrogés par les commissions d'enquête ainsi qu'un sondage Ifop réalisé pour le SIG : 36% des personnes interrogées ont déclaré en décembre 2009 avoir modifié leurs comportements d'hygiène, un chiffre monté à 43% en mars 2010.

I.4.2 La publicisation en temps réel des débats d'experts autour de la vaccination

« A chaque médecin sa grippe »⁸⁶ : le manque de discours unanime

Didier Tabuteau, chercheur spécialisé en santé publique, a décrit la campagne de vaccination comme un « rendez-vous manqué avec la santé publique »⁸⁷, du fait du peu d'adhésion des médecins à la vaccination. En effet, selon un sondage publié par *Le Quotidien du médecin* en septembre 2009, seuls 50 % des praticiens avaient l'intention de se faire vacciner. En termes de communication, ce manque d'engouement s'est révélé très problématique, car il privait la campagne d'un relais essentiel auprès des Français. L'une des premières critiques contre la grippe A, restée célèbre, est l'accusation de « grippette » lancée par Bernard Debré, chirurgien reconnu et professeur de médecine - une sortie d'autant plus dommageable que M. Debré est également député de la majorité. Ces déclarations seront par ailleurs souvent citées durant la campagne, et expriment bien l'état d'esprit d'une partie des professionnels de santé :

« Cette grippe n'est pas dangereuse. On s'est rendu compte qu'elle était peut-être même un peu moins dangereuse que la grippe saisonnière. Alors maintenant, il faut siffler la fin de la partie ! (...) Tout ce que nous faisons ne sert qu'à nous faire peur. [Les Etats ont] ensuite succombé à une surmédiation politique de cet événement. (...) Il y a 800 cas répertoriés en France. C'est une plaisanterie ! Va-t-

on se mettre à comptabiliser les diarrhées ? »⁸⁸

⁸⁶ MENIELLE J., « A chaque médecin sa grippe », *20 Minutes*, 5 novembre 2009.

⁸⁷ Assemblée Nationale, *ibid.*, p. 13.

⁸⁸ TABET M.-C., « Debré : "Cette grippe n'est pas dangereuse" », *Le Journal du Dimanche*, 25 juillet 2009.

Par la suite, et ce pendant toute la durée de la campagne, nombre de professionnels de santé ont exprimé un discours négatif envers la campagne de vaccination, chacun avec des arguments spécifiques. Ainsi, les médecins généralistes ont exprimé leur désaccord avec le schéma de vaccination retenu, qui ne prenait pas en compte la médecine de ville⁸⁹. Les infirmiers libéraux, quant à eux, ont fait part de leur méfiance face au vaccin, jugé dangereux⁹⁰ - plusieurs interviewés, tout comme les rapports parlementaires et certains chercheurs⁹¹, exprimeront d'ailleurs un certain agacement face à des prises de parole sur le virus et la vaccination n'émanant pas de spécialistes du sujet.

Contradictions entre experts

Toutefois – et c'est là l'un des autres échecs de la grippe A vis-à-vis de la profession médicale – la crise a également été marquée par des contradictions et des avis divergents entre experts spécialistes du sujet. L'Assemblée Nationale relève par exemple le cas d'Antoine Flahaut, directeur de l'École des hautes études en santé publique, annonçant en mai 2009 « un excès de mortalité de l'ordre de 20 000 à 30 000 décès », quand son confrère François Bricaire, spécialiste des maladies infectieuses, déclarait deux mois plus tard « Cette grippe est majoritairement bénigne. »⁹². On relèvera à cette occasion que M. Bricaire a pourtant co-signé, en 2005, un livre très alarmiste sur la menace de pandémie grippale⁹³. Parallèlement à ces controverses sur la gravité du H1N1, nous avons relevé d'autres contradictions et éléments indiquant une confusion chez les professionnels de santé. Commentant pour *Libération* les résultats des premiers tests sur les vaccins, le Pr. Brigitte Autran, chargée du dossier H1N1 à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), a ainsi déclaré « On pourrait donc se diriger vers des vaccins monodoses, sans double injection »⁹⁴. Or l'adjectif « monodose » désignait dans le cadre de la campagne le conditionnement des vaccins, en opposition au « multidoses », c'est-à-dire des boîtes de dix vaccins. Sans remettre en cause l'utilisation du terme à l'intérieur de l'Inserm, on observera seulement que ce double emploi représente un élément supplémentaire de confusion chez le grand public. Enfin, ainsi que nous l'avons noté plus haut, l'usage de la prudence, s'il est compréhensible en santé publique pour des opérations d'une telle ampleur, se transforme dans les colonnes des journaux en tiédeur, voire en mise en doute de l'action publique. On peut par exemple citer les déclarations de Didier Cannet, épidémiologiste, exposant l'état des connaissances sur les adjuvants utilisés dans les vaccins :

« (...) Par rapport à ce vaccin, la balance bénéfique / risque est moins favorable, du fait des effets indésirables pour le vaccin à virus fragmenté avec adjuvant

⁸⁹ « CSMF actu du 13 novembre 2009 », site de la CSMF, < http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=815&Itemid=542 >.

⁹⁰ « Vaccin H1N1 : méfiance des infirmières », site du Syndicat National des Professionnels Infirmiers, < <http://www.syndicat-infirmier.com/Vaccination-H1N1-mefiance-des.html> >.

⁹¹ DANZON M., « Décisions et controverses », *Les Tribunes de la santé*, 2010, n° 27, p. 111-116.

⁹² Assemblée Nationale, op. cit, p. 98.

⁹³ DERENNE P. et BRICAIRE F., op. cit.

⁹⁴ FAVEREAU E., « H1N1 : les vaccins passent les tests avec succès », *Libération*, 16 septembre 2009.

lipidique MF59C1 de chez Novartis actuellement utilisé. Cet adjuvant rentre dans la composition des vaccins grippaux des années antérieures, et il peut être considéré comme fiable par rapport à l'adjuvant AS03 qui n'a pas encore démontré son innocuité (...). Mais le patient bien informé sera-t-il libre de choisir

le type de vaccin ? La vaccination n'apporte qu'une protection incomplète . »

Outre l'emploi d'un lexique technique peu accessible au grand public, on soulignera les deux phrases de conclusion, qui laissent entendre que les Français seraient d'une part mal informés sur le contenu des vaccins, et d'autre part ne seraient pas libres de choisir leur vaccin – ce qui est en partie vrai, du fait de la prioritarisation de certains publics. Cette déclaration reste néanmoins étonnante de la part d'un membre d'un Groupement régional d'observation de la grippe (GROG), et donc parmi les experts les plus en lien avec le gouvernement.

I.4.2 Décalage entre gouvernement et population

Maximisation de la crise par le gouvernement

Thierry Saussez a décrit lui-même devant la commission d'enquête parlementaire que l'attitude choisie par l'Etat, dans les premières étapes de la grippe A, avait été de

« maximiser la crise »⁹⁶. Cette décision était cohérente avec le peu d'informations dont les gouvernements et l'OMS disposaient sur le H1N1, et les inquiétudes qui en résultaient : « Dans les CIC, on entendait les mouches voler par moments », se souvient un interviewé ; « parce qu'il y avait (...) une pression, parce qu'il y avait l'OMS qui indiquait des éléments qui étaient quand même assez alarmants ». Cette maximisation s'est donc traduite par une ample communication (une conférence de presse quotidienne à partir du 1^{er} mai)

sur les risques liés à la grippe H1N1 (« La vigilance est de règle »⁹⁷, « Pas de répit estival »⁹⁸), mais également sur la réponse apportée par le gouvernement : « A la question "Grippe A : Sommes-nous prêts ?", je veux sans équivoque répondre que nous nous

sommes donnés au maximum les moyens de l'être »⁹⁹. Nous observerons par ailleurs qu'en termes de communication, cette « maximisation » peut également aider à mettre en valeur le sérieux et la préparation du gouvernement face à une menace grave : une stratégie qui semble avoir porté ses fruits, puisque la France devient au printemps 2009 le « bon élève » cité par nos voisins, notamment Suisses, pour dénoncer en comparaison le traitement du H1N1 par leurs responsables politiques¹⁰⁰.

Contradiction avec évolution du risque

⁹⁵ CANNET D., « Le vaccin contre la grippe H1N1 suscite méfiance et toujours autant de questions », *Le Monde*, 20 novembre 2009.

⁹⁶ Assemblée Nationale, op. cit., p. 104.

⁹⁷ LEMONDE.FR, « Grippe A : Roselyne Bachelot appelle à "la vigilance" », *Le Monde*, 27 juillet 2009.

⁹⁸ 20MINUTES.FR, « "Pas de répit estival" pour la grippe H1N1, souligne Roselyne Bachelot », *20 Minutes*, 29 juin 2009.

⁹⁹ BACHELOT-NARQUIN R., discours aux députés de l'Assemblée Nationale, 1^{er} juillet 2009.

¹⁰⁰ Entretien n°2.

Paradoxalement, c'est cette vigilance et les précautions affichées par le gouvernement qui sont devenues l'emblème, au bout de quelques mois, de sa mauvaise réponse à la crise du H1N1. En effet, face à une pandémie qui s'est révélée moins grave que prévu, le gouvernement n'a pas ou peu adapté sa stratégie de communication, maintenant par exemple les points presse quotidiens et en insistant sur l'importance de la vaccination

(« la vaccination permettra de sauver des vies »¹⁰¹). Il en a résulté un décalage entre la réponse préoccupée du gouvernement et le désintérêt croissant du public, confirmé par les enquêtes d'opinion citées précédemment. C'est en outre ce décalage qui a ouvert une fenêtre supplémentaire pour les détracteurs de la campagne, en interrogeant les motivations du gouvernement à maintenir la stratégie mise au point au printemps 2009.

¹⁰¹ BACHELOT-NARQUIN R., conférence de presse sur la grippe H1N1, 26 novembre 2009.

II. La mise à l'écart des médecins généralistes : la neutralisation d'un relais de communication

Ainsi que nous l'avons noté en introduction, ce mémoire s'intéresse aux différents discours sur la vaccination auxquels les français ont été exposés dans le cadre de la vaccination. En matière de santé publique, les médecins généralistes, de par leur proximité avec les français, représentent un relais de premier ordre auprès de ces derniers : lorsqu'on étudie une campagne de communication, il est donc nécessaire d'analyser le message reçu et retransmis par ces professionnels de santé. Dans le cas de la grippe H1N1, cette étude présente un intérêt supplémentaire, puisque les médecins généralistes n'ont pas été, à la surprise générale et à leur grand mécontentement, intégrés au dispositif de vaccination. Cette partie s'attachera donc à développer les rapports entre les médecins généralistes, leurs représentations professionnelles et l'Etat, ainsi que sur leur opinion et attitude face à la vaccination contre le virus H1N1.

II.1 Le médecin généraliste, pilier du système de soins français

II.1.1 Un statut affirmé de premier interlocuteur sanitaire des Français

Du médecin de famille...

Le médecin généraliste est le praticien « en charge des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie »¹⁰²

, et représente donc généralement le premier contact du patient avec le système de soins. L'appellation plus intime de « médecin de famille » illustre la façon dont le médecin généraliste s'inscrit dans une relation de long terme et de confiance avec ses patients, relation qui intègre leurs dimensions familiales, sociales et culturelles. C'est cette relation de confiance qui leur permet notamment d'effectuer un travail de suivi et de prévention, en détectant par exemple des pathologies pouvant nécessiter une intervention rapide. Cet

¹⁰² ALLEN J. et al., *Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille*, Barcelone : WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille), 2002.

exercice de la médecine, que certains décrivent comme « solitaire »¹⁰³, est donc la forme la plus aboutie du « colloque singulier »¹⁰⁴, et régulier, entre le médecin et son patient.

...Au médecin traitant

Cette proximité très forte entre patient et médecin généraliste a fait émerger des missions relevant plus explicitement de la santé publique. Cette « prévention médicalisée » se retrouve par exemple dans les activités de vaccination, de dépistages « opportunistes » lors d'examens de routine, ou encore d'éducation à la santé. Cette démarche peut être complétée par le suivi de maladies chroniques ou encore par le fait d'effectuer des veilles sanitaires (soulignons par ailleurs que le médecin généraliste a l'obligation de signaler certaines pathologies, telles que la grippe A). La réforme du médecin traitant, datant de 2004, a consacré cette place centrale au sein du système de soins, en incitant financièrement les assurés à consulter en premier lieu un médecin généraliste, qui peut ensuite les orienter vers des spécialistes. Deux ans après, huit français sur dix avaient déjà déclaré leur médecin traitant, celui-ci étant déjà leur médecin de famille dans 92% des cas¹⁰⁵.

II.1.2 Un maillage territorial et représentatif dense

Couverture des médecins généralistes sur le territoire

Le statut de « professionnel de proximité » des médecins généralistes repose sur leur forte présence sur l'ensemble du territoire : la France compte aujourd'hui 100 815 généralistes (dont 67% de médecins libéraux exerçant en dehors de l'hôpital)¹⁰⁶. La densité des médecins généralistes libéraux est de 4 pour 5.000 habitants, ce qui en fait l'une des densités les plus élevées parmi les pays de l'OCDE¹⁰⁷. Toutefois, on note également une mauvaise répartition géographique, avec de grandes disparités entre régions, une majorité de médecins s'installant dans la moitié sud de la France¹⁰⁸.

Des relais représentatifs denses mais fragmentés

Les médecins disposent également d'une représentation professionnelle dense. Au premier rang de celle-ci se trouve le l'Ordre national des médecins, fondé dans sa forme actuelle

¹⁰³ BOURDILLON F. et al., « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, 2008, volume 20, n°5, p. 489-500, p. 489.

¹⁰⁴ HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 97.

¹⁰⁵ DOURGNON P. et al., « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, 2007, n° 124, p. 1-4, p. 2.

¹⁰⁶ « Médecins suivant le statut et la spécialité », site de l'INSEE, < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102 >.

¹⁰⁷ « L'Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1^{er} janvier 2011) », site de l'Ordre national des Médecins, < http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/demo_session_juin_2011.pdf?download=1 >.

¹⁰⁸ DORMONT B. et SAMSON A.-L., « Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations », *Economie et statistique*, 2008, n° 414, p. 3-30.

en 1945. Il trouve son origine dans des conceptions corporatives, qui voient la profession comme « un corps fermé se réglementant lui-même »¹⁰⁹. Outre la réglementation, les missions de l'Ordre regroupent aujourd'hui « la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale », ou bien encore l'organisation de « toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit ». L'organigramme de l'Ordre se décline en conseils départementaux, conseils régionaux ou interrégionaux, ainsi qu'un Conseil national de l'Ordre (CNOM), qui est l'interlocuteur des pouvoirs publics en matière de santé publique. Toutefois, le CNOM n'offre ni une réelle tribune d'expression publique pour les médecins, ni une représentation officielle des syndicats médicaux en son sein¹¹⁰.

Par ailleurs, les médecins généralistes, à l'instar des praticiens hospitaliers, se sont regroupés en une représentation autonome. Celle-ci s'est construite face à une supposée dévalorisation de la médecine générale face à la médecine spécialisée, car demandant moins d'années d'études et un savoir-faire moins technique. Ainsi, les thèmes fondateurs des syndicats de médecins généralistes sont la mise en place d'une filière propre à la médecine générale à l'université, ainsi que la revalorisation des consultations afin de combler le fossé avec les autres spécialités médicales¹¹¹.

II.2 Une relation contrastée et conflictuelle avec l'Etat

II.2.1 Proximité entre Etat et médecins (individuels et collectifs)

« Les blouses blanches au pouvoir »¹¹² : le poids des professionnels de santé dans la vie politique

Corollaire du prestige lié à leur profession, les médecins ont depuis longtemps investi le champ politique, et ce à différents niveaux. Nous avons noté par exemple dans la première partie comme le poste de ministre de la Santé était généralement confié à des médecins ; à l'Assemblée Nationale, en 2002, on comptait 66 professionnels de santé parmi les 577 députés. Ils constituent également une part non-négligeable des cabinets ministériels, et pas uniquement de celui du ministre de la Santé. La relation de confiance entre médecin et patient est un argument de poids qui conforte l'investissement par les médecins de la sphère politique : avoir un grand nombre de contacts avec la population permet au politique de mettre en scène une proximité, une compréhension des enjeux qui touchent la population. Réciproquement, à l'image des prêtres supposés influencer le vote de leurs ouailles, notamment féminines, les médecins sont jugés comme étant de bons vecteurs de contestation. La parole des médecins au sein du monde politique est donc valorisée et très

¹⁰⁹ HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 39.

¹¹⁰ « Nos missions », site de l'Ordre national des Médecins, < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/nos-missions-867> >.

¹¹¹ HASSENTEUFEL P., op. cit.

¹¹² TABUTEAU D., « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010, volume 1, n° 26, p.

bien représentée, dans une configuration où « le sceptre et le caducée ne sont jamais très éloignés »¹¹³.

Les syndicats face à l'Etat : une autorité législatrice, des ressources d'expertise

Parallèlement et grâce à ces contacts informels entre professionnels de santé et Etat, la profession médicale peut être qualifiée de profession « législatrice », où la réglementation de la profession est déléguée à ses représentants. L'Ordre des médecins, comme nous l'indiquons plus haut, est ainsi chargé de préparer les codes de déontologie qu'il soumet ensuite à l'Etat : cette mainmise de l'ordre donne ainsi lieu à des décalages entre exigences de la jurisprudence et leur transposition dans le code de déontologie. Didier Tabuteau rapporte ainsi l'exemple du droit à l'information du malade, entré dans le code de déontologie en 1995 seulement, bien que mis en avant par des décisions de la Cour de Cassation

¹¹⁴ datant de 1951 et 1961. De même, la loi du 3 juillet 1971 confie l'organisation de la médecine de ville aux professionnels de santé, notamment leur syndicats et aux organismes d'assurance maladie. L'autre dimension de l'institutionnalisation a été la reconnaissance des syndicats comme ressource d'expertise sur la profession médicale et son exercice. Autrefois dévolu aux seules caisses d'assurance maladie, ce rôle a été progressivement ouvert aux syndicats, via notamment le déblocage de fonds de la Caisse nationale d'assurance maladie en faveur de la formation des cadres syndicaux, ainsi que la formation professionnelle conventionnelle (FPC) : financée à hauteur de 75 millions d'euros, les FPC ont été suivies

¹¹⁵ par 27% des généralistes en 2007. Ce phénomène a été renforcé par la création des unions professionnelles en 1993, chargées de participer à l'analyse et l'évaluation des pratiques de la médecine libérale.

II.2.2 Pour mieux défendre la relation médecin-patient : empêcher l'immixtion de l'Etat

« Colloque singulier » médecin-patient et liberté permettant de placer l'intérêt du patient au-dessus des autres considérations

La profession médicale repose sur deux grandes valeurs, qui sont à l'origine de ses combats, de ses revendications et de son organisation. La première est celle d'une relation directe, non médiatisée, entre le médecin et son patient. Cette configuration est originellement liée au statut du médecin, son « rapport direct et privilégié (...) avec la vie et

¹¹⁶ la mort ». Elle est en outre renforcée par l'exigence du secret médical, qui ajoute à cette relation la notion d'intimité et de confidentialité¹¹⁷. Par ailleurs, le médecin porte, plus que

¹¹³ TABUTEAU D., *ibid.*, p. 120.

¹¹⁴ TABUTEAU D., *ibid.*

¹¹⁵ BRAS P.-L. et DUHAMEL G., *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, RM2008-124P, Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2008.

¹¹⁶ HASSENTEUFEL P., *op. cit.*, p. 25.

¹¹⁷ MINO J.-C., « Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champhospitalier de l'éthique clinique aux États-Unis et en France », *Revue Française des Affaires sociales*, 2002, volume 3, n° 3, p. 69-102.

toute autre profession, la charge de penser d'abord à l'intérêt du patient, ainsi que le résume un ancien président de l'ordre des médecins : « En France, le corps médical se considère avant tout comme le défenseur de l'individu malade »¹¹⁸. Ces deux valeurs particulières de la médecine sont donc le fondement et la justification de l'organisation de la profession : d'une part son auto-régulation et sa capacité « législative », que nous venons de détailler ; et d'autre part la défense de l'identité libérale, directement connectée à la liberté du médecin de pouvoir prendre les décisions qu'il estime bonnes pour la santé de son patient :

« liberté d'accorder ou de refuser ses soins ; liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle (...) qui (...) engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir »¹¹⁹.

En conséquence, les revendications de la profession médicale adoptent souvent, si ce n'est systématiquement, l'angle de la défense de la santé du patient : dès 1984, la CSMF lance ainsi une campagne de presse sous le slogan « Quand on empoisonne votre santé, c'est la médecine qui est en danger »¹²⁰.

II.3 Les médecins généralistes, un échelon « court-circuité »

Didier Tabuteau, chercheur émérite en santé publique et premier directeur de l'Agence française du médicament, a régulièrement averti sur le fait qu'une campagne de santé publique ne peut se réaliser sans le tissu sanitaire. La justesse de ce raisonnement a été illustrée par la campagne de vaccination contre la grippe H1N1, dont l'échec est partiellement imputable à la mise à l'écart des médecins généralistes, échelon « court-circuité »¹²¹. Cette mise à l'écart n'a pas démarré avec le dispositif des centres de vaccination, mais plutôt dès l'élaboration du plan de pandémie grippale en 2005, auquel les syndicats de médecins ont été peu associés. Cette mise à l'écart a été d'autant plus mal vécue que les arguments avancés en faveur des centres de vaccination étaient facilement discutables.

II.3.1 Absence de concertation dans le cadre du plan

Relais syndicaux peu associés à l'élaboration du plan de pandémie grippale

¹¹⁸ HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 24.

¹¹⁹ HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 98.

¹²⁰ HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 24.

¹²¹ Assemblée Nationale, op. cit., p. 84.

La mise à l'écart des médecins généraliste découle des choix effectués dans le cadre du plan de pandémie grippale de 2005. Celui-ci, envisageant une pandémie grave, fortement létale à l'image du H5N1, définit les différents stades pertinents d'évaluation de la pandémie, indexés sur ceux de l'OMS, et prévoit notamment une suspension du dispositif du médecin traitant. D'après le Dr. Bensoussan, membre de MG France, les syndicats n'ont pas été associés à l'élaboration de ce plan. Ils ont toutefois interpellé le ministre de la santé de l'époque, Xavier Bertrand, sur la place des médecins généralistes dans le dispositif, abordée succinctement dans le plan, ainsi que sur l'échelle des phases de la pandémie, jugée « artificielle ». D'après M. Bensoussan, si les médecins généralistes avaient eu connaissance d'un dispositif préfigurant les centres de vaccination, ils n'auraient pas hésité à demander à être associés au projet. MG France a par ailleurs exprimé son inquiétude sur l'absence de dispositif de distribution de masques et de médicaments aux généralistes, la

« médecine de première ligne »¹²² .

Absence d'information et de formation des médecins

Le plan pandémie grippale a fait l'objet de peu d'informations spécifiques envers les médecins. Toutefois, Xavier Bertrand, ministre de la santé, et Didier Houssin, délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire, ont organisé le 10 novembre 2005 une réunion au ministère de la santé, afin d'échanger sur les modalités du plan de pandémie grippale. Parmi les représentants des professionnels de santé, on retrouve notamment les syndicats MG France, CSMF et le Syndicat des médecins libéraux (SML), ainsi que les organisations de personnels hospitaliers, de la distribution pharmaceutique ou encore des agences sanitaires concernées¹²³ . Par ailleurs, un dépliant de l'INPES « Repères pour votre pratique – Conduite à tenir en cas de risque de pandémie grippale A H5N1 » a été transmis aux médecins généralistes en 2006. Il détaille les différentes caractéristiques du H5N1 et ses symptômes, ainsi que la procédure à suivre en fonction des différentes phases. Certains médecins ont toutefois critiqué ce document pour sa mise en avant systématique du Tamiflu, exprimant notamment des réserves sur son utilité en cas de pandémie et ses potentiels effets indésirables¹²⁴ .

En outre, la formation des médecins aux procédures de pandémie contre la grippe aviaire était incluse dans le plan de 2005, et a été détaillée en 2006. Toutefois, elle n'a pas été mise en place de façon satisfaisante selon les médecins. Une question d'un sénateur à Xavier Bertrand en janvier 2006 indiquait ainsi que 77% des médecins libéraux disaient méconnaître le rôle qu'ils devraient jouer en cas de pandémie grippale¹²⁵ , tandis que les syndicats ont dénoncé en mai 2006 le calendrier retenu par l'Etat, sa complexité et l'absence

¹²² « Pierre Costes : Reprise des Négociations conventionnelles », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/377/1600/> >.

¹²³ « Réunion des professionnels de santé sur la grippe aviaire », site de la Coordination médicale hospitalière, < <http://www.c-mh.org/textes/dossiergrippeaviaire.pdf> >.

¹²⁴ WALLET-JOVART D., *Médecins généralistes libéraux et communication de l'Etat dans la préparation à la pandémie grippale en Essonne*, Mémoire de médecin inspecteur en santé publique, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2006.

¹²⁵ KAROUTCHI R., Question n° 21364 sur le manque d'information des médecins sur la grippe aviaire, 26 janvier 2006.

des instances traditionnelles de formation¹²⁶. Toutefois, un médecin ayant assisté à des formations sur la grippe aviaire met en doute la réelle valeur ajoutée de ces sessions : « Si c'est pour qu'on ne me dise rien de plus que d'appeler le 15 (...) ou me dire que je suis référencé (...), ce n'est pas la peine »¹²⁷. MG France, via son entité MG Form, a de son côté mis en place des formations à destination des généralistes, organisées en soirée, sur les caractéristiques de la grippe, la place des médecins généralistes et les moyens de prévention¹²⁸. Il est à noter qu'en 2009, lors des premiers signes de grippe aviaire, les syndicats, notamment la CSMF, ont réclamé une formation spécifique des médecins en vue de la pandémie : or, cette demande n'a pas abouti. Si le plan de pandémie grippale représentait un vade-mecum précis et détaillé sur les procédures à adopter en cas de pandémie, son application s'est déjà révélée plus problématique et sujette à polémique auprès des médecins généralistes.

II.3.2 Des arguments en faveur des centres de vaccination facilement opposables

Le dispositif des centres de vaccination n'a été formalisé qu'au printemps 2009. Présenté au départ aux syndicats comme un moyen de « compléter [leur] action », il est toutefois par la suite devenu le point central de la contestation. Plusieurs arguments de fond légitiment le recours aux centres de vaccination dans le cadre d'une grippe très létale et à propagation rapide, du type H5N1, pour laquelle avait été conçu le plan pandémie. La pertinence de cette organisation dans le cadre d'une telle pandémie ne nous semble pas fondamentalement remise en cause, et ne sera pas discutée ici. Cependant, rappelons que les caractéristiques de la grippe H1N1 se sont révélées différentes de celles de la grippe aviaire, notamment en termes de létalité. Dès lors, plusieurs arguments spécifiques à la crise de 2009, que nous avons développés dans la première partie de ce mémoire, ont été mis en avant pour justifier la décision de ne fonctionner uniquement qu'avec des centres de vaccination, du moins dans un premier temps, face à la grippe H1N1. Ceux-ci portaient notamment sur la gestion des flux de patients grippés dans les cabinets, ainsi que sur les contraintes liées au conditionnement des vaccins. Toutefois, ces arguments ont été jugés peu pertinents par les médecins généralistes, d'où la revendication des syndicats, non pas de prendre en charge la totalité de la population, mais de pouvoir, de manière complémentaire, vacciner leurs patients si ces derniers le souhaitent. Cette solution permettait alors d'offrir plus de souplesse aux Français, pour qui il pouvait être plus facile ou plus rassurant de se faire vacciner chez son médecin généraliste plutôt que de se rendre dans un centre de vaccination.

Augmentation et organisation des flux de patients : l'exemple de la grippe saisonnière

Ainsi que nous l'avons développé dans la première partie, un des premiers motifs d'inquiétude a concerné l'augmentation des flux de patients contaminés par la grippe, auxquels viendraient s'ajouter les personnes à vacciner. Cette décision était cohérente

¹²⁶ « MG France considère inaccessible en l'état le plan de formation "grippe aviaire" annoncé », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/247/1451/> >.

¹²⁷ WALLET-JOVART D., op. cit., p. 41.

¹²⁸ PROFESSIONS SANTE AUVERGNE, « Grippe aviaire : formez-vous », *Professions santé Auvergne*, novembre 2006.

pendant la première phase de la pandémie, durant laquelle l'Etat disposait de peu d'informations sur le H1N1 et devait donc faire preuve de prudence. Toutefois, celle-ci a été suivie d'une « deuxième phase », à partir de septembre 2009, où la grippe H1N1 s'est révélée moins virulente et impactante que prévue : la décision de centraliser la vaccination dans des lieux ad hoc semblait alors moins justifiée. C'est à ce moment que l'argument de la suractivité a commencé à être réellement contesté par les médecins généralistes, en s'appuyant sur les chiffres de la grippe saisonnière. En effet, chaque année, la grippe saisonnière représente, selon le Dr. Bensoussan, 6 à 10 actes supplémentaires par jour, une hausse de l'activité qu'il juge totalement absorbable par les médecins – Michel Chassang, président du syndicat CSMF, avance le chiffre de 10% d'augmentation de l'activité¹²⁹. Le Dr. Bensoussan remarque par ailleurs que la période de grippe saisonnière voit généralement une diminution des autres types de consultations, comme si « [les patients] transféraient leur demande de soins non-urgente à plus tard ». Enfin, le Dr. Bensoussan a noté durant la pandémie, au sein de son cabinet, une augmentation des consultations liées à la grippe, où ses patients venaient simplement demander conseil sur l'intérêt du vaccin, ou prendre des renseignements avant de se rendre en centre (un cas de figure confirmé par un représentant des étudiants en médecine, qui note que quatre patients sur dix avaient consulté leur généraliste sur les risques liés à la vaccination avant de se rendre en centre¹³⁰). En conséquence, selon le Dr. Bensoussan, cette suractivité liée à la vaccination a de toutes les manières été observée dans les cabinets – sans qu'elle ne devienne une surcharge.

Claude Leicher, président de MG France, dit avoir suggéré d'autres pistes au gouvernement pouvant intégrer la médecine de ville : transformation des maisons médicales, qui sont des structures plus importantes, en centres de vaccination ; ou encore mutualisation des secteurs de garde pour organiser la vaccination. Il se pose toutefois, dans ce cas de figure, la question de l'acheminement des vaccins, depuis les centres et/ou les pharmacies jusqu'aux cabinets. Enfin, permettre la vaccination aux médecins généralistes leur permettrait de toucher, comme dans le cadre de la grippe saisonnière, les vaccinations « d'opportunité » pour des patients ne présentant pas de risques particuliers mais ne voulant pas être rendus indisponibles à cause d'une grippe (les enseignants ou les parents, par exemple).

Conditionnement du vaccin et traçabilité

La vaccination dans les cabinets de médecins généralistes a également été écartée pour des motifs techniques, liés au conditionnement et au stockage des vaccins. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les vaccins ont été distribués dans un format dit « multidoses », livrable plus rapidement que dans un format « monodose ». Les multidoses étaient d'abord fournies sous un format de 50 doses, puis, à partir de septembre, de 10 doses. Une fois ouverts, les vaccins sont conservables pendant 24 heures, dans un réfrigérateur. Selon les représentants de généralistes, il aurait été tout à fait possible pour les médecins de rassembler leurs vaccinations sur une période donnée, et ainsi d'utiliser une boîte monodose sans risque de gaspillage. Toutefois, ce gaspillage a aussi eu lieu dans les centres : selon les chiffres de la Direction générale de la santé, 3,46 millions de doses ont été perdues ou jetées¹³¹. Cet argument des monodoses, censément moins nombreuses

¹²⁹ Assemblée Nationale, op. cit., p. 327.

¹³⁰ Assemblée Nationale, ibid., p. 343.

¹³¹ Assemblée Nationale, ibid., p. 21.

que les multidoses, a perdu encore de son poids fin novembre 2009, lorsqu'il est apparu que l'Eprus, l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, conservait dans ses stocks 1 million de vaccins monodoses.

Par ailleurs, un autre argument souvent avancé était celui de la capacité des généralistes à ne pas rompre la chaîne du froid pour les vaccins : or, la plupart des médecins sont équipés d'un réfrigérateur dans leur cabinet et pouvaient donc répondre à cette exigence. De manière plus surprenante, cet argument de la chaîne du froid a également été avancé, lors de réunions au ministère de la Santé, pour justifier la non-participation des pharmaciens au dispositif – une décision étonnante dès lors que tous les pharmaciens ont l'obligation de posséder un réfrigérateur adapté.

En outre, subsistaient des doutes sur la possibilité des généralistes d'assurer la traçabilité des vaccinations – d'autant plus importante dans le cas de deux injections. Or, les médecins assurent déjà la traçabilité de la grippe saisonnière, et sont donc habitués à remplir des documents à ce sujet, sans a priori que cela nécessite, comme l'écrit le rapport de l'Assemblée Nationale, « un secrétariat suffisamment étoffé »¹³². En conclusion, le fait que les arguments avancés pour privilégier la vaccination dans des centres soient facilement opposables, ou n'aient pas en tous cas fait l'objet de démentis suffisamment forts, a contribué à intensifier le mécontentement des médecins généralistes – et, ce faisant, à renforcer l'idée que l'Etat « leur refusait » la vaccination pour des motifs moins avouables, qui relevaient d'une inimitié entre institutions.

II.3.3 Les centres de vaccination face à la baisse d'intensité de la grippe

Manque de flexibilité du dispositif

Outre ces motifs sous-jacents, le refus, ou retard à autoriser la vaccination en cabinet dénote avant tout un manque de souplesse au niveau du dispositif de pandémie grippale. Ce manque de souplesse était d'abord, comme nous l'avons indiqué, lié à l'indexation sur les phases de l'OMS : en témoigne ainsi la décision du gouvernement, le 11 juin, de rester en phase 5A du plan (« Extension géographique de la transmission interhumaine du virus à l'étranger »), alors que l'OMS était en phase 6, phase de pandémie. Par ailleurs, il s'est ressenti dans l'organisation même des centres de vaccination. Les interviewés racontent ainsi comment l'ouverture des centres de vaccination était fluctuante, tributaire de l'attention médiatique et de l'information autour des cas graves :

« À un moment donné on ouvre plein de centres : il n'y a personne dans les centres. On commence à fermer les centres. Et hop France 2 fait un reportage bien chaud sur comment ça se passe dans les hôpitaux, avec les malades etc... Pouf, le lendemain les gens viendront en masse dans les centres et il y a une

partie des centres qui ont été fermés juste avant. Alors on réouvre les centres . » « À partir du moment où il y a eu ce premier cas en France, d'un mort, jeune, sans aucun facteur de risque qui est mort en 24 heures (...), c'est là qu'il y a eu la ruée sur les centres, il a fallu les ouvrir la nuit, il a fallu les ouvrir le dimanche,

¹³² Assemblée Nationale, ibid., p. 85.

¹³³ Entretien n°2.

etc. (...). Là, tout d'un coup ça devenait hyper-grave, là tout d'un coup il fallait « comment ça se fait que les centres ne soient pas ouverts plus longtemps », et les gens ils viennent et ils font la queue et ils attendent et les enfants... (...) et puis tout de suite après, de nouveau, comme il y a eu qu'un seul cas très grave, (...) les médias sont passés à autre chose et on a oublié, et les centres se sont de nouveau vidés. ¹³⁴ »

Ce sont ces conditions, ces longues files d'attente qui ont « provoqué l'hilarité dans les cabinets » ¹³⁵ et ont renforcé l'idée d'un manque de flexibilité dans le dispositif des centres de vaccination.

Une vaccination en cabinet « arrachée »

Le souhait des syndicats de généralistes d'avoir la possibilité de vacciner s'est transformé, durant l'automne, en une véritable vaccination. A la mi-novembre, Mme. Bachelot a donc organisé une réunion de concertation à ce sujet, afin de discuter des propositions des syndicats pour organiser la vaccination chez les généralistes qui le souhaitaient, avec un cahier des charges précis. Toutefois, cette discussion n'a pas abouti, et la vaccination n'a été « donnée » aux généralistes que le 4 janvier 2010. Ce calendrier a été rendu possible par la livraison, fin décembre 2009, de 7 millions de monodoses. Toutefois, il reste que la vaccination en cabinet a été autorisée lorsque la campagne touchait à sa fin, ce qui a renforcé l'impression des généralistes d'être le parent pauvre de cette campagne.

Par ailleurs, se pose également la question du suivi de cette vaccination dans l'interface administration – généralistes. Le Dr. Bensoussan déclare ainsi n'avoir jamais été sollicité pour les statistiques et les documents qu'il a remplis dans le cadre de la vingtaine de vaccinations H1N1 qu'il a effectuées dans son cabinet en janvier 2010. Claude Leicher, président de MG France ; relève également des difficultés à obtenir un retour d'information des centres de vaccination, afin que les généralistes puissent mettre à jour leur fichier de patients. Ces deux éléments permettent donc de s'interroger sur la réelle mise en application de la traçabilité, à partir du mois de janvier, alors que celle-ci pourtant avancée comme un élément majeur pour refuser la vaccination dans les cabinets.

II.3.3 Non-intégration des médecins généralistes : quel bilan ?

Le refus d'intégrer les médecins généralistes au dispositif, même face à une crise de moindre intensité telle qu'observée à l'automne 2009, prête toujours à polémique. Une polémique qu'il est difficile de trancher tant chaque camp témoigne de sa bonne foi : sécurité et centralisation pour l'un, flexibilité pour l'autre. Toutefois, à la lumière de nos différentes sources, nous pouvons identifier et déduire certains éléments de réponse.

Des facteurs d'ordre pratique et financier

Les premiers sont d'ordre technique et financier : la question du possible gaspillage via des multidoses dans les cabinets, et son coût, avait été étudiée en amont, en collaboration avec des médecins. En dépit des assurances données par les syndicats, il n'est pas extrêmement surprenant que l'Etat, raisonnant à l'échelle très large de la campagne,

¹³⁴ Entretien n°1.

¹³⁵ Assemblée Nationale, op. cit., p. 328

ait préféré s'en tenir à ses projections plutôt que d'expérimenter un dispositif nouveau supplémentaire. S'étant placé dans une optique de vaccination la plus large possible, l'Etat avait aussi quelques réticences liées au coût de la vaccination chez un médecin. En effet, en-dehors des vaccinations « opportunistes » effectuées lors d'une consultation normale (qui n'occasionnent donc pas de surcoût), MG France a insisté sur une facturation normale à 22 euros pour une simple vaccination, arguant que celle-ci était de toute manière précédée

¹³⁶ d'une consultation avec un médecin. Enfin, une observation personnelle que nous faisons porte sur le rythme de réponse de l'Etat. En partant du principe que la première vraie concertation sur le sujet a eu lieu mi-novembre, c'est une période de six semaines, incluant les vacances de Noël, qui a été nécessaire pour l'organisation et la validation d'un circuit supplémentaire de vaccination chez 100 000 médecins généralistes, auxquels s'ajoutent les pharmaciens chargés de l'approvisionnement. Six semaines, au rythme d'une crise, représentent certes une éternité ; au rythme de l'Etat, elles peuvent être presque synonymes d'efficacité.

Des motifs institutionnels et politiques

D'autres motifs recourent l'inimitié traditionnelle entre médecins libéraux et administration sanitaire que nous avons développée ci-dessus. Interrogé sur les facteurs sous-jacents de ce refus, le Dr. Bensoussan, qui était certes dans son rôle de représentant syndical, l'a expliqué par la dévalorisation de la médecine de ville en France, au détriment des autres professionnels de santé :

« On touche de front la place du médecin généraliste dans ce pays (...) Tous les pouvoirs donnent beaucoup plus de place aux hôpitaux, à l'hospitalisation au sens large : la preuve, on y consacre plus de la moitié du budget de l'assurance maladie, ce qui est colossal, alors que ça ne représente que 10%, et encore 5 à 10% de l'activité en termes de soins. ».

Du côté de l'Etat, il semblerait également que l'identité libérale, si défendue par les médecins généralistes, ait causé quelques doutes sur la volonté des médecins à participer à une campagne de telle ampleur, dans un temps très réduit. A ce titre, le compte-rendu de l'audition de Roger Salamon, président du Haut conseil de la santé publique, devant la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale est riche d'enseignements sur l'état d'esprit de certaines instances :

« Non seulement [les généralistes] n'ont pas relayé la position du Gouvernement auprès de leurs patients, mais encore ils l'ont combattue, ce qui est assez ahurissant et décevant. Le fait qu'après avoir dissuadé les gens de recourir à la vaccination, ils l'aient prônée quand il leur a été permis de s'en charger confirme mon jugement... (...) [Un généraliste] en tant que praticien libéral, je le vois mal se plier à des règles (...) Quoi qu'il en soit, depuis quand les médecins ont-ils besoin que le ministre de la santé leur dise ce qui est bon pour leurs patients ? »

Enfin, nous attirons l'attention sur un facteur qui s'est révélé aussi organisationnel que politique. Le plan de pandémie grippale avait instauré le ministère de l'Intérieur comme centre décisionnel, ce qui explique notamment que le dispositif des centres de vaccination soit supervisé par les préfets. Or, la crise de 2009, moins virulente que prévue, a fait que

¹³⁶ ROBINET V., « Grippe A, ce qu'il faut savoir sur la vaccination chez le médecin », *L'Express*, 11 janvier 2010.

¹³⁷ *Assemblée Nationale, op. cit., p. 472.*

l'ensemble des problèmes et requêtes, tels que la vaccination en cabinet, s'est surtout concentrée sur des aspects sanitaires. Les circuits de validation donc étaient grandement allongés : le ministère de la santé, organe légitime pour gérer les personnels de santé, devait, pour chaque décision, se concerter avec la place Beauveau – où se déroulaient d'ailleurs les CIC. En conséquence, le ministre de la santé a été l'interlocuteur le plus visible, et donc le plus exposé durant cette campagne, alors qu'elle-même n'avait pas le dernier mot sur la prise de décision. Cet élément, selon un observateur au sein de l'Etat, reposait également partiellement sur des motifs politiques, où la ministre aurait été « forcée » à être en première ligne ; on peut d'ailleurs noter qu'à l'automne 2009, le ministre de l'Intérieur était mis en cause pour des propos jugés racistes : il est donc possible d'imaginer qu'il soit resté volontairement en retrait durant cette campagne ¹³⁸.

II.4 Une attitude positive mais peu enthousiaste envers la vaccination

Conséquence de ce désaccord portant sur le dispositif, le soutien des médecins généralistes à la campagne n'a pas été à la hauteur des enjeux de la campagne, et est fréquemment cité comme un des facteurs explicatifs de la faible vaccination. Le manque d'un front uni chez les généralistes, d'un message clair en faveur de la vaccination, est d'autant plus intrigant que les médecins généralistes ont été beaucoup moins critiques à l'égard du vaccin en lui-même que les autres professions de santé comme les infirmiers.

II.4.1 Les syndicats favorables à la vaccination, avant et pendant la campagne

Absence de réserves sur la qualité ou la sûreté du vaccin

Du côté des syndicats médicaux, tant MG France et la CSMF, aucune communication n'a exprimé de doutes sur la qualité, la sûreté du vaccin et l'intérêt de la vaccination. La CSMF, qui pourtant taxe volontiers MG France de « syndicat référent » du gouvernement, a ainsi relayé (sans s'y associer officiellement) l'un des communiqués du Conseil national de l'ordre des médecins incitant à la vaccination et donnant des éléments rassurants sur l'utilisation

¹³⁹ d'adjuvants. De même, le chargé du dossier H1N1 chez MG France précise que le syndicat n'a « absolument jamais eu de position douteuse sur le bien-fondé scientifique, sur la qualité des produits, sur la qualité de la filière de fabrication du produit vaccin », dont ils estimaient qu'il avait été produit dans des conditions encore plus sûres que le vaccin contre la grippe saisonnière.

Taux de vaccination élevé chez les médecins généralistes

Cette absence de réserves sur le vaccin s'est traduite par un taux de vaccination contre la grippe H1N1 relativement élevé : une étude conduite par la Direction de la recherche,

¹³⁸ Contacté à ce sujet, un membre du cabinet de Brice Hortefeux à l'époque n'a pas souhaité confirmer cette information.

¹³⁹ « CSMF actu du 25 septembre 2009 », site de la CSMF, < http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=789&Itemid=542 >.

des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour le ministère de la santé a ainsi conclu que 60% des médecins généralistes interrogés s'étaient fait vacciner¹⁴⁰. On peut noter que l'on retrouve un taux quasiment identique (59%) dans une autre étude, ce qui confirme les travaux de la DREES¹⁴¹. Enfin, ce taux est similaire à celui avancé par le Dr. Bensoussan (65 à 80%, en se basant sur la grippe saisonnière) ; toutefois, MG France n'a pas d'après lui conduit d'étude sur le sujet. On note par ailleurs que même chez les médecins non-vaccinés, les réserves sur l'efficacité du vaccin ou ses effets secondaires sont les arguments qui reviennent le moins fréquemment. Le taux de vaccination contre la grippe H1N1 des généralistes est le plus élevé parmi les professionnels de santé, notamment par rapport aux personnels infirmiers : ainsi, un sondage conduit en septembre 2009 par le Syndicat National des Personnels Infirmiers faisait apparaître que 65 % d'entre eux refusaient la vaccination contre la grippe H1N1¹⁴².

Ces taux de vaccination contre le H1N1 sont corrélés avec ceux de la grippe saisonnière : ainsi, toujours selon le panel de la DREES, 72% des médecins généralistes interrogés déclarent s'être fait vacciner contre la grippe saisonnière pendant trois années consécutives à partir de l'hiver 2007/2008. Ce taux est largement supérieur à celui observé dans d'autres pays, qui est estimé à moins de 50%. A l'inverse, ce taux est seulement de l'ordre de 30% chez les infirmiers libéraux – un faible soutien qui est à mettre en parallèle avec la contestation très forte de la campagne H1N1 et les nombreuses attaques sur le vaccin de la part des professionnels infirmiers¹⁴³.

II.4.2 Médiatiquement, le soutien au vaccin noyé dans la contestation des centres de vaccination

Une participation consciente à la cacophonie

Toutefois, il existe un paradoxe évident entre cette absence de réserves sur le vaccin ou la vaccination, et ce désaccord affiché et revendiqué avec le gouvernement au sujet du dispositif : au final, les syndicats se sont joints, avec beaucoup d'écho, au concert de critiques contre la campagne de vaccination alors que, contrairement à d'autres, ils n'en rejetaient pas le principe mais seulement les modalités. Les organisations professionnelles de médecins n'étaient d'ailleurs pas toutes sur la même ligne : l'ordre des médecins avait une position beaucoup plus favorable aux centres de vaccination, arguant que les médecins avec lesquels ils étaient en contact se disaient débordés et ne pouvaient pas organiser la vaccination dans leur cabinet¹⁴⁴. Outre le fait de participer au bruit médiatique ambiant, notons que les médecins généralistes interrogés par la DREES ont indiqué s'être informés

¹⁴⁰ DREES (dir.), « Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009 », *Etudes et résultats*, 2011, n° 770, p. 1-8.

¹⁴¹ MAIRE J., *Etude du taux de vaccination antigrippale A (H1N1) chez les médecins généralistes libéraux. Facteurs positifs et négatifs ayant influencé leur décision*, Thèse de docteur en médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier, 2010.

¹⁴² « Vaccin H1N1 : Résultats de la consultation auprès des infirmières de France », site du Syndicat National des Professionnels Infirmiers, < <http://www.syndicat-infirmier.com/Vaccin-H1N1-Resultats-de-la.html> >.

¹⁴³ Assemblée Nationale, op. cit., p. 110.

¹⁴⁴ Assemblée Nationale, op. cit.

autant par les sources officielles comme le ministère de la santé que par leurs organisations professionnelles. Cette égalité renforce donc l'impression générale de discorde, considérée par 95% des médecins comme étant un frein à la vaccination.

Interrogé sur ce sujet, le Dr. Bensoussan concède que MG France avait certes « sûrement participé à la cacophonie », mais que le syndicat était ici dans son rôle :

A.B. : Mais justement MG France, vous vous êtes exprimés publiquement, vous avez fait des communiqués de presse (...). Vous ne vous êtes pas dit que vous participiez à ce discours contradictoire contre la vaccination ? À la décrédibilisation du gouvernement ? J.-L. B. : Oui, mais quel est le rôle d'un syndicat s'il n'est pas de dire à ses mandants « On vous retire d'un processus qui nous paraît évident comme étant de notre ressort » ? Donc on l'a dit. Mais on disait en même temps « La vaccination est une bonne chose, non seulement c'est une bonne chose mais on veut la faire », donc je ne pense pas qu'on ait participé à ça, je ne pense pas. (...) C'est clair qu'on a sûrement participé à la cacophonie, mais bon si on ne l'avait pas dit, qu'est-ce qu'on nous aurait reproché ?

MG France s'est effectivement exprimé sur l'intérêt de la vaccination, comme en témoignent certains de ses communiqués du 2^e semestre 2009 : « La vaccination relève d'une décision et d'un acte médical qui doivent être effectués par les médecins généralistes pour la protection du plus grand nombre et avant tout des plus fragiles »¹⁴⁵. Le discours sur la vaccination comme étant « une bonne chose » semble toutefois s'être noyé dans la contestation du dispositif. La fonction de syndicat médical ne recoupe pas, et on ne saurait le lui reprocher, le métier de communicant : toutefois, MG France, selon le Dr. Bensoussan, avait conscience d'ajouter à la cacophonie autour du vaccin. Il convient donc de s'interroger sur les motivations derrière cette contestation.

Une fenêtre d'opportunité pour les syndicats

D'après notre interviewé, la stratégie de MG France visait d'abord à interpeller la ministre, de la même manière que certaines campagnes citées plus haut cherchent à interpeller le patient. Toutefois, au milieu de nombreux autres discours contestataires et sollicitations, il semblerait, et c'est peu étonnant, que le ministère ait cessé de répondre aux « piques », aux « attaques » de MG France. En conséquence, le syndicat a pleinement profité de la fenêtre d'opportunité médiatique qui s'ouvrait, et est monté en puissance dans sa contestation – et ce d'autant plus qu'elle ne semblait pas aboutir. Cette montée en puissance se traduit par exemple dans les communiqués du syndicat, qui se font plus explicites et

revendicatifs : « Vaccination H1N1 : MG inquiet pour les patients fragiles »¹⁴⁶ (10 novembre 2009) ; « Grippe A/H1N1 : Les médecins généralistes revendiquent des vaccins pour leurs patients »¹⁴⁷ (26 novembre) ; « MG France réclame une partie des vaccins monodoses qui

¹⁴⁵ « MG France pour une vaccination prioritaire des personnes à risques », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1183/1470/> >.

¹⁴⁶ « Vaccination H1N1 : MG inquiet pour les patients fragiles », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1184/1470/> >.

¹⁴⁷ « Grippe A/H1N1 : Les médecins généralistes revendiquent des vaccins pour leurs patients », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1186/1470/> >.

viennent d'être livrés »¹⁴⁸ (27 novembre) ; « MG France s'offusque des propos du secrétaire général de la CFDT et réclame à nouveau pour les médecins généralistes qui le souhaitent

la possibilité de vacciner dans leurs cabinets »¹⁴⁹ (30 novembre) ; « L'Assemblée Générale de MG France exprime sa colère devant la gestion de la pandémie grippale » (13 décembre)¹⁵⁰

Le Dr. Bensoussan reconnaît d'ailleurs lui-même qu'il y a eu une volonté de la part du président de MG France à l'époque de faire des « coups médiatiques », qui ont permis d'imposer la parole du syndicat. Le président s'est également « mis aux avant-postes » de cette médiatisation, et a pris la parole de façon répétée au nom de l'organisation : une stratégie qui a semble-t-il porté ses fruits, puisque MG France a été plus souvent mentionné dans des articles des sites du journal *20 Minutes* et de la chaîne LCI que la CSMF¹⁵¹. La forte présence médiatique des syndicats sur ce sujet a ainsi permis d'installer une « dramaturgie sociopolitique » : une trame narrative de la situation des médecins généralistes et de leurs revendications¹⁵².

II.4.3 Sur le terrain, un soutien des généralistes plus nuancé

Dans son inventaire des « conditions de réussite en santé publique », Claudine Blum-Boisgard souligne l'importance d'une communication coordonnée, non seulement au

niveau du public destinataire mais également de ses acteurs¹⁵³. Or, cet aspect de la communication auprès des professionnels de santé a fait particulièrement défaut. Nous avons ainsi déjà évoqué les prises de position anti-vaccination d'« experts » auto-proclamés n'ayant pas toujours de vraie légitimité sur ce sujet. Cette partie portant plus spécifiquement sur les médecins généralistes, nous nous intéressons aux messages délivrés par ces derniers à leurs patients dans le cadre des consultations médicales : ces messages sont décrits par les rapports ont ainsi noté des « attitudes d'indifférence à la vaccination ou de découragement explicites ou implicites ».

La forte corrélation entre l'absence de recommandation du généraliste et la non-vaccination

Ainsi que nous l'avons décrit plus haut, la majorité des généralistes soutenaient la vaccination, même si une partie plus réduite, environ six médecins sur dix, s'est faite

¹⁴⁸ « MG France réclame une partie des vaccins monodoses qui viennent d'être livrés », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1188/1470/> >.

¹⁴⁹ « MG France s'offusque des propos du secrétaire général de la CFDT et réclame à nouveau pour les médecins généralistes qui le souhaitent la possibilité de vacciner dans leurs cabinets », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1189/1470/> >

¹⁵⁰ « L'Assemblée Générale de MG France exprime sa colère devant la gestion de la pandémie grippale », site de MG France, < <http://www.mgfrance.org/content/view/1197/1470/> >.

¹⁵¹ Ce rapport était toutefois inversé avec le journal *Le Monde* : cette même recherche « "mg france" grippe » entre juin 2009 et février 2010 renvoie 8 articles correspondants, contre 10 pour la CSMF et 12 pour Michel Chassang, son président.

¹⁵² ROUTIER C. et D'ARRIPE A. (dir.), op. cit., p. 136.

¹⁵³ BLUM-BOISGARD C., et al. « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?, *Santé publique*, volume 17, n° 4, 2005, p.569-582.

vacciner. En conséquence, pour les 40% restants, il semble difficile de faire l'apologie de la vaccination alors que le professionnel de santé, pourtant prioritaire pour la vaccination, ne l'a pas effectuée. Les chiffres de la DREES confirment d'ailleurs ce postulat : 57% des généralistes vaccinés ont recommandé la vaccination, contre 14% des médecins non vaccinés. Ces attitudes sont d'autant plus néfastes à la vaccination que, comme nous l'avons dit précédemment, les patients sont très attentifs aux recommandations de leur médecin traitant : une étude relayée par *La revue du praticien* indique que 90,4% des patients interrogés avaient fait confiance à leur médecin traitant sur le sujet de la grippe H1N1¹⁵⁴.

Ainsi, il n'est pas surprenant que, toujours selon cette étude, seulement 23% des patients non-vaccinés indiquent que leur médecin pensait que la vaccination contre le H1N1 était importante pour eux – ce taux monte à 65% chez les patients vaccinés. Cela signifie donc que dans 77% des cas chez les personnes non-vaccinées de cet échantillon, l'attitude de leur médecin était soit indifférente, soit n'encourageait pas à la vaccination. Une étude de l'INSERM conduite en novembre 2009, juste avant le pic de vaccination, montre l'impact de cette recommandation : les patients auxquels leur médecin n'avait pas recommandé la vaccination (soit en abordant pas le sujet, soit en la déconseillant formellement), étaient plus susceptibles de refuser la vaccination que ceux n'ayant pas consulté de médecin durant

les six mois précédant la pandémie¹⁵⁵. Il convient également de ne pas négliger le facteur « lieu » de la vaccination. En effet, beaucoup de patients, ayant été convaincus par leur médecin de l'utilité de la vaccination, préféreraient toutefois que leur médecin généraliste les vaccine plutôt que d'aller dans un centre de vaccination. Cet élément est rapporté par le Dr. Bensoussan, qui a connu cette situation avec un certain nombre de ses patients âgés. Il est confirmé par l'étude Motivac qui observe que 53% des répondants non-vaccinés confirment qu'ils seraient plus enclins à faire la vaccination si celle-ci était effectuée par leur médecin traitant.

Un relais des médecins généralistes lié à leur propre vécu de la grippe

Pour mieux appréhender les recommandations des généralistes, il convient de faire le distinguo entre le public des patients à risques et ceux ne présentant pas de facteurs de risques. Ainsi, 70% des généralistes indiquent avoir recommandé la vaccination à leurs patients si ceux-ci étaient à risques : ils sont donc parfaitement dans leur rôle de professionnel de santé. Toutefois, les avis étaient beaucoup plus partagés pour les patients ne présentant pas de facteurs de risques : dans ce cas-là, 40% n'ont pas exprimé d'avis en faveur ou en défaveur de la vaccination, et 20% l'ont déconseillée à leurs

patients¹⁵⁶. Ce manque de recommandations pro-vaccination de la part des généralistes, lorsqu'elle n'est pas tout simplement déconseillée, peut-être liée à plusieurs facteurs : le Dr. Bensoussan souligne un ressentiment lié à leur mise à l'écart du dispositif, qui a pu se transformer en désintérêt. On peut imaginer qu'un médecin s'interroge sur la réelle importance d'une vaccination qui laisse de côté l'un de ses principaux relais. Par ailleurs, s'est manifestée une certaine lassitude face à des questions sur la vaccination

¹⁵⁴ PARTOUCHE H. et al., « Déterminants de la vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009 : enquête auprès des patients de médecins généralistes français », étude Motivac, avril 2011.

¹⁵⁵ SCHWARZINGER M. et al., « Low Acceptability of A/H1N1 Pandemic Vaccination in French Adult Population: Did Public Health Policy Fuel Public Dissonance? », *Vaccine*, volume 28, n° 15, 2010, p. 2743-2748.

¹⁵⁶ DREES, op. cit.

revenant à chaque consultation, dans un contexte où circulaient beaucoup d'informations contradictoires sur la grippe. Thierry Blanchon, responsable adjoint du réseau Sentinelles à l'Inserm¹⁵⁷, rapporte ainsi des anecdotes de patients questionnant leur médecin au sujet de la dernière recommandation relayée par les médias, alors que le généraliste n'en avait pas été lui-même informé¹⁵⁸.

En résumé, le soutien des médecins généralistes à la vaccination a été plus nuancé que celui de leurs organisations professionnelles. Sur le terrain, ce soutien a été fortement tributaire de la mise à l'écart des médecins généralistes : à la fois dans l'opinion exprimée par le médecin mais également dans l'application de la recommandation chez le patient, qui préférerait parfois se faire vacciner en cabinet – se rangeant ainsi aux côtés des généralistes dans leur contestation.

II.4.4 La mise en évidence d'un manque de coordination de la communication du Ministère

Quel dispositif ?

La crise s'étant déroulée sur un rythme très soutenu, le dispositif de coordination et de communication entre le gouvernement et les syndicats d'une part, et l'administration et les professionnels de santé d'autre part, a fait preuve d'un manque d'organisation et d'efficacité.

La ministre de la santé et le directeur général de la santé, Didier Houssin, ont rencontré à plusieurs reprises les syndicats, et ce dès le printemps 2009 : des réunions ont été ainsi organisées tous les quinze jours ou toutes les trois semaines au cabinet de la ministre avec des représentants des médecins libéraux. La ministre de la santé a indiqué avoir conduit « onze réunions avec les représentants des médecins, neuf avec les représentants des infirmiers, six avec ceux des pharmaciens d'officine ». Toutefois, les informations délivrées durant ces réunions étaient souvent contradictoires, du fait de l'incertitude sur la pandémie à venir : ceci rendait donc plus difficile l'établissement d'une communication unifiée et claire. Des réunions locales ont également été organisées dans une dizaine de départements, rassemblant syndicats, ordres et unions régionales de médecins libéraux.

Par ailleurs, il existe pour l'Etat un certain nombre de moyens de contacter les professionnels de santé. Le premier est le service DGS-Urgent, une liste de diffusion gérée par le ministère de la santé.

Sur les 19 DGS-Urgent envoyés en 2009, 13 concernaient la grippe A, et 5 d'entre eux ont été envoyés durant la campagne de vaccination. Contrairement à d'autres messages de DGS-Urgent, les messages liés à la vaccination contre la grippe H1N1 ne présentaient pas de caractère médical « technique », et sont similaires à l'information dispensée par les médias généralistes. Le ministère de la santé a également mis à disposition des médecins des fiches explicatives sur la conduite à tenir en période de pandémie avec des patients

contaminés¹⁵⁹. Les syndicats, selon le Dr. Bensoussan, n'ont eux pas reçu d'information spécifique, en plus de celle reçue individuellement en tant que praticien.

¹⁵⁷ Voir encadré ci-dessous.

¹⁵⁸ Assemblée Nationale, op. cit.

¹⁵⁹ « Prise en charge de vos patients », site du ministère de la santé, < <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-de-vos-patients.3247.html> >.

Quels arguments ?

La communication du ministère auprès des médecins durant la crise recouvre la problématique générale de la communication en santé publique, où le message doit à la fois être le plus informatif et clair possible, mais également transmettre une injonction et

donc être persuasif¹⁶⁰. A ce titre, le diaporama réalisé en octobre 2009 par le ministère de la santé à destination des professionnels de santé est un bon exemple de message délivré aux médecins sur les aspects de la vaccination prônant le plus à polémique (adjuvants, responsabilité des laboratoires pharmaceutiques). Le ministère précise par exemple que le squalène est une « substance organique naturelle contenue dans de nombreuses plantes (olives, céréales...) et fabriquée par animaux et humains », ou que le Thiomersal est « présent dans les flacons multidoses pour empêcher la prolifération bactérienne. C'est la substance la plus souvent utilisée dans le monde entier, la plus efficace contre les

contaminations, et la mieux étudiée »¹⁶¹. Toutefois, on peut regretter l'absence de réels « éléments de langage » ou d'exemples précis permettant aux médecins de désamorcer les objections des patients à la vaccination. Par ailleurs, en précisant que « dans la très grande majorité des cas » le virus a une « évolution spontanée vers la guérison en 7-10 jours », le gouvernement va dans le sens des médecins qui choisissent de ne pas recommander la vaccination à leurs patients n'ayant pas de facteurs de risques. Enfin, l'un des arguments avancés en faveur de la vaccination généralisée est qu'elle est le « moyen le plus efficace pour réduire la circulation virale responsable de la pandémie » ; or, nous avons vu dans la première partie que cette protection « collective » grâce à la vaccination est possible surtout si le vaccin a été livré avant la vague pandémique, ce qui n'a pas été le cas.

Notre idée ici n'est évidemment pas de reprocher au gouvernement de délivrer une information qu'il estime juste et objective ; toutefois, il met en lumière l'écart entre l'Etat, engagé dans un dispositif important face à une pandémie qu'il juge grave, et les professionnels de santé, qui jugent le risque comme étant moindre.

Le médecin généraliste est un pilier du système de soins en France : premier interlocuteur des Français en matière de santé publique, il bénéficie auprès d'eux d'un fort capital de confiance – capital qu'ils renforcent en légitimant systématiquement leurs revendications par la mise en avant l'intérêt du patient. Cette relation de proximité est défendue et protégée par les nombreuses instances représentatives dont les médecins disposent : syndicats, ordres, unions régionales, mais également de nombreux relais au sein du monde politique

En outre, ce soutien a également été tributaire des délais dans lesquels s'effectuait la vaccination. En effet, des phases habituellement distinctes dans l'appropriation d'un nouveau traitement se sont ici superposées : les médecins ont recueilli, traité et évalué les informations, souvent contradictoires, dont ils disposaient sur la vaccination en même temps que leurs patients ; et leur choix d'accepter ou non le traitement et son dispositif a été également directement transmis au patient.

¹⁶⁰ Eurocos Humanisme & Santé, *XIIIe journées de réflexion Eurocos Humanisme & Santé : Santé médiatisée. La force des images et des représentations*, 2007, Strasbourg. Paris : Editions de Santé, 2008, 233 p.

¹⁶¹ « Diaporama d'information sur la grippe A(H1N1) 2009 (données épidémiologiques et cliniques, diagnostic, vaccination, traitement) », site du ministère de la santé, < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Diaporama_d_information_sur_la_grippe_A_H1N1_2009_donnees_epidemiologiques_et_cliniques_diagnostic_vaccination_traitement_.pdf >

III. Les Français à la recherche d'informations sur Internet : étude des forums de Doctissimo

En mettant de côté, à tort ou à raison, les médecins généralistes, le gouvernement s'est privé d'un important relais de communication en faveur du vaccin auprès des Français. Or, le gouvernement a également négligé l'autre principale source d'information des Français pendant cette crise, Internet – réseau agissant non seulement comme caisse de résonance des médias généralistes et de l'information gouvernementale, mais également comme un terrain de confrontation avec des discours plus offensifs. Le besoin de renseignements, mais surtout l'abondance d'information devenue cacophonie, ont paradoxalement rendu insuffisante ou douteuse l'information délivrée par les canaux officiels.

En matière de crise sanitaire, la grippe H1N1 est également la première illustration « grandeur nature » des changements survenus depuis 2005 dans l'utilisation d'Internet par le grand public. L'appellation « web 2.0 » recouvre cette nouvelle notion d'un internaute actif, producteur de contenus et participant à l'élaboration d'un savoir collectif¹⁶². Ceci se traduit par exemple par le développement des réseaux sociaux en ligne, du partage de vidéos ou encore de forums d'avis de consommateurs – le tout avec une interface utilisateur riche et une prise en main aisée.

Pilotée par le SIG, la communication autour de la grippe H1N1 semble pourtant avoir négligé ces usages, et, là encore, s'être trop concentrée sur une information, certes objective, mais au détriment d'une communication intelligible qui puisse être diffusée largement. Le but est ici d'expliquer les contraintes de la problématique : tant celles dans lesquelles s'est déroulée la crise du H1N1, mais également les exigences auxquelles doit faire face l'Etat lorsqu'il souhaite communiquer sur Internet aujourd'hui, ainsi que des pistes d'amélioration en ce sens.

III.1 Communication publique, santé publique : organisation et dispositif

III.1.1 Le SIG : un rôle de coordinateur plus que de stratège

Les missions du SIG

Le SIG a moins un rôle de stratège que de coordinateur de la communication gouvernementale : sa mission est d'accompagner, en y apportant de l'expertise et/ou des

¹⁶² « What Is Web 2.0 – Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software », site de O'Reilly Media, < <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html> >.

financements, les ministères et d'autres entités (l'INPES ou la Délégation à la sécurité routière par exemple) dans leur démarche de communication, si celle-ci a un budget supérieur à 90 000 euros. Le SIG vérifie par exemple que les thèmes des campagnes des différents ministères soient compatibles dans le temps et ne se chevauchent pas, ou bien si des études d'opinion ont été réalisées avant le lancement de la campagne, ou encore aider à la sélection des agences de communication dans le cadre d'appels d'offres.

L'expertise des agences

En effet, les ministères choisissent, la plupart du temps, de faire appel à des agences de communication. Ces agences peuvent intervenir pour une campagne précise, comme le

ministère du Travail avec la campagne nationale d'information sur les retraites en 2010¹⁶³. Elles peuvent également être choisies pour des missions de long terme pour une réflexion plus globale sur la communication de l'institution : c'est par exemple le cas du ministère de l'Agriculture, qui a chargé une agence de l'aider à mettre en avant des thématiques sur

la ruralité et l'alimentation¹⁶⁴. Les campagnes, qu'elles soient réalisées en interne ou par une agence, doivent toutefois être agréées par le SIG. Les idées de campagne proviennent généralement des ministères, même si il peut arriver que le SIG en suggère si ce dernier estime qu'il y a un manque sur une problématique en particulier. Par ailleurs, le SIG peut lui aussi faire appel à une agence pour des prestations de conseil stratégique.

Les limites du rôle du SIG, « entre neutralité administrative et engagement politique »¹⁶⁵

La communication publique est un domaine de l'action publique qui partage une frontière ténue avec la communication politique : il s'agit de mettre en avant les mesures du gouvernement sans explicitement mettre en avant le gouvernement en lui-même. Cette distinction se révèle donc particulièrement importante lorsque sont mises en place des campagnes liées à des réformes « politiques » telles que les 35 heures en 1998 (« Du temps pour soi, une chance pour l'emploi ») ou la vague de réforme au début du quinquennat de Nicolas Sarkozy (« Vous êtes impatient ? Nous aussi »). Cette fonction est par ailleurs encadrée par la loi, avec l'obligation de réserve électorale qui interdit toute « campagne de promotion publicitaire des réalisations ou de la gestion d'une collectivité »¹⁶⁶.

Par ailleurs, le rôle du SIG est limité aussi bien dans son organisation que politiquement. En effet, bien que dépendant des services du Premier ministre, son rôle n'est pas d'être l'instance décisionnaire et dirigeante sur les campagnes du gouvernement, mais bien d'être en accompagnement de celles-ci. Le SIG n'assiste les ministères et institutions que sur les campagnes nécessitant de l'achat d'espace, ce qui exclut les relations presse et l'événementiel : le SIG n'a donc pas la charge de coordonner les prises de parole entre ministres et ministères. À ce titre, la nomination de Thierry Saussez comme délégué interministériel à la communication, chargé d'être « Monsieur anti-couacs » entre ministres, relève plus d'un effet d'annonce et ne correspond pas réellement à la fonction d'un directeur

¹⁶³ REVERSO M., « Le gouvernement choisit CLM BBDO pour les retraites », *Stratégies*, 30 mars 2010.

¹⁶⁴ DELCAYRE A., « Le ministère de l'Agriculture confie sa communication à Leaders & Opinions », *Stratégies*, 19 mai 2011.

¹⁶⁵ STRATEGIES, « A quoi sert le Service d'information du gouvernement ? », *Stratégies*, 16 janvier 1998.

¹⁶⁶ Code électoral, article L52-1, 2011.

du SIG¹⁶⁷. Ceci a par ailleurs été confirmé lors de l'épisode du H1N1, où le SIG n'a pas pris la tête de la coordination de la communication, alors que le fort caractère interministériel de la crise aurait pu l'y inciter¹⁶⁸.

III.1.2 Communiquer en santé publique : un rôle de prévention

La fonction de l'INPES

La mission du SIG et des ministères en matière de communication publique est double : son rôle est d'une part de porter « à la connaissance du public les mesures gouvernementales », telles que la nouvelle numérotation téléphonique ou le passage à l'euro ; mais également de modifier les comportements, un domaine relevant majoritairement de la santé publique. En France, c'est l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui est en charge de la plupart des campagnes, qui vont de la lutte contre le tabagisme au dépistage du cancer, en passant par l'usage de drogues ou encore la vaccination.

Les deux principales missions de ces campagnes sont d'interpeller et de modifier les comportements, ce qui nécessite un travail dans la durée, appuyé sur une véritable politique publique. En ce sens, une campagne de prévention sur un sujet de santé donné a pour conséquence de légitimer ce sujet en le transformant en véritable problème de santé publique. Il est donc essentiel que la campagne soit en phase avec l'opinion publique, afin d'éviter un écart trop important entre le ton de la campagne et la perception qu'en a le public

– le type même de décalage qui est survenu durant la grippe H1N1¹⁶⁹.

Passer de la prévention à l'information de crise

Dans le cadre de la grippe A, le SIG et le ministère de la Santé se sont appuyés sur les dépliants et affichettes réalisés par l'INPES dans le cadre de la grippe aviaire, ainsi que sur les conventions de l'INPES avec différents médias et leur marché avec l'agence TBWA pour la réalisation de la campagne sur les gestes barrière. L'INPES apportait également son expertise en matière de vulgarisation des connaissances sur des problématiques de santé.

Toutefois, la grippe A a mis en évidence les limites de l'INPES en période de crise. Ces limites étaient tout d'abord dues au temps très court dans lequel s'est déroulée la crise : ceci marque une différence avec par exemple la crise de la vache folle, où la modification souhaitée du comportement (se rassurer quant à la qualité de la viande de bœuf) pouvait s'étaler sur plusieurs mois. Par ailleurs, la grippe H1N1 se caractérise, comme nous l'avons déjà exposée, par une incertitude permanente sur la gravité, les traitements adaptés et ses effets secondaires. En conséquence, il est difficile, contrairement à la prévention contre le sida par exemple, de communiquer avec certitude sur ses aspects.

Par ailleurs, la grippe A illustre bien la difficulté de faire une communication de crise dans un contexte incertain. Le département « Communication de crise » du SIG comprend en effet quatre personnes, chargées de réfléchir à des dispositifs et des exercices en cas de phénomène majeur, tel qu'un accident nucléaire par exemple. C'est d'ailleurs ce département qui représentait le SIG au sein de la CIC-Communication durant la grippe

¹⁶⁷ L'EXPRESS.FR, « Saussez, l'arme "anti-couacs" du gouvernement », *L'Express*, 16 avril 2008.

¹⁶⁸ Entretien n°2.

¹⁶⁹ LAMOUREUX P., « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Sève*, 2005, p. 35-42.

A. Toutefois, ce type de missions repose moins sur une expertise de communication à proprement parler, que sur une expérience de la gestion, de la coordination de circuits d'alerte et de la délivrance d'un message qui permet d'anticiper sur le déroulement de la crise¹⁷⁰. La communication de crise reste donc une forme de prévention, de préparation d'une boîte à outils, mais dont le rôle n'est pas réellement de traiter la crise au jour le jour une fois que celle-ci a éclaté : la communication de crise est là pour éviter que la crise n'ait lieu.

III.2 Succès et limites du site Info' pandémie grippale : la difficulté d'aller information scientifique et communication efficace en temps de crise

Internet fait désormais partie des principales sources d'information utilisées par les Français, et notamment en matière d'information de santé, ainsi que nous l'avons noté en introduction. Par conséquent, la qualité, la clarté et l'efficacité du message délivré sur Internet lors d'une période de crise sont primordiaux : si le politique ne peut être en permanence au journal de 20 heures ou être à la une d'un quotidien, il peut en revanche continuer à diffuser son message de manière permanente sur Internet. Internet n'est pas un « média » dans l'acception traditionnelle du terme. Ce n'est pas l'endroit où se diffuse un type de discours particuliers, mais plutôt la plateforme où se retrouvent tous ces discours, ce qui conduit à leur fragmentation entre les différentes sources sur le réseau¹⁷¹.

III.2.1 Un site très fréquenté : souvent diffusé, bien référencé

En matière de communication sur Internet, le gouvernement a réutilisé le site Info' pandémie grippale (<http://www.pandemie-grippale.gouv.fr>), mis en place dans le cadre de la grippe aviaire en 2005. Le site a représenté un succès en termes de visites : en 2009, il a fait l'objet de plus de 6 millions de visites¹⁷². D'après un sondage du SIG conduit après la crise, 13% des Français interrogés ont déclaré avoir consulté les sites d'information du gouvernement (le site Info pandémie grippale, mais également les sites des différents ministères et de l'INPES) et 85% les jugeaient fiables¹⁷³. Ce succès est dû à la bonne diffusion de l'adresse du site Info' pandémie grippale : présente sur tous les documents officiels traitant de la pandémie, c'est également le média auquel renvoyaient les spots diffusés à la télévision et en radio, ainsi que la plupart des discours du gouvernement.

Par ailleurs, ces chiffres s'expliquent par le très bon référencement du site dans les moteurs de recherche : le SIG a ainsi lancé une campagne d'achat de mots-clés s'élevant au total à 200 000 euros, une somme particulièrement importante pour ce type d'opération. Dans la pratique, ce référencement couvrait tous les termes liés, de près ou de loin, aux

¹⁷⁰ Entretien n° 3.

¹⁷¹ ROUTIER C. et D'ARRIPE A. (dir.), op. cit.

¹⁷² Dans la mesure de l'audience sur Internet, on distingue le nombre de visites (des « sessions » durant lesquelles sont consultées plusieurs pages d'un site) et le nombre de visiteurs uniques (le nombre d'utilisateurs identifiés par différentes adresses IP).

¹⁷³ Assemblée Nationale, op. cit., p. 418.

questions que pouvaient se poser les Français au sujet de la pandémie. Il était par ailleurs minutieux, en intégrant diverses variantes d'orthographe, ou encore les requêtes formulées en « langage naturel », c'est-à-dire formulées sur un style oral, telles que « le vaccin est il dangereux », par exemple. Ce bon référencement a porté ses fruits : les statistiques dont dispose le SIG montrent ainsi que le site pandémie-grippale a eu 12 millions d'impressions, c'est-à-dire que le site est apparu 12 millions de fois lors de recherches sur Google ; et le site a reçu 1,3 millions de visites en provenance de ces impressions¹⁷⁴. Ce travail a permis de mettre en valeur le site auprès des citoyens à la recherche de sources officielles parmi la pléthore d'informations sur le sujet.

III.2.2 Etre présent là où est le public : nouveaux usages en ligne

Nouvelle consommation des médias en ligne : l'effet « caisse de résonance »

Ainsi que nous l'avons noté en introduction, le paysage médiatique s'est considérablement développé ces dernières années, à la fois en termes d'offre (apparition de nouveaux sites d'actualité, lancement de nouvelles chaînes de télévision), mais également en termes de format : il y a désormais une mise à disposition du contenu produit par les médias, qu'il s'agisse des « versions web » des titres de presse ou bien de podcasts d'émissions de radio. Par conséquent, les sources d'information utilisées sont plus variées, et celles-ci se rejoignent et se recoupent en ligne. On assiste ainsi à un développement d'usages « couplés », « entrelacés » : une étude publiée dans la revue Réseaux observe ainsi que 40% des Français interrogés s'informaient quotidiennement à la fois par la télévision ou la radio et Internet¹⁷⁵. Sur le plan des usages hebdomadaires, François Granjon et Aurélien Le Foulgoc notent que les couplages d'information associant internet sont plus fréquents que ceux associant deux médias traditionnels, tels qu'un couplage télévision-radio.

La multiplication des sources d'information a, selon les auteurs, un effet sur la perception que les Français ont de l'actualité. Elle semble ainsi omniprésente, véritable « bain d'info » leur rappelant que s'informer est un devoir de citoyen, qui « fait partie de la vie » – un devoir d'autant plus important, pourrions-nous ajouter, qu'il est facilité par la disponibilité de l'information désormais à portée de clic. Nous observerons par ailleurs que cette « normativité d'un espace public démocratique » se ressent chez les posteurs des forums sur la vaccination, dont beaucoup justifient leur décision de se faire ou non vacciner par un simple et définitif « Je m'informe »¹⁷⁶. En suivant cette idée de consultation de l'actualité comme une bonne pratique citoyenne, il n'est donc pas étonnant que les formats privilégiés par les internautes soient ceux supposés objectifs et non-partisans, tels que les dépêches d'agence, et les articles courts, que l'on retrouve sur les portails généralistes très consultés par les Français.

Réseaux sociaux et capillarité de l'opinion

¹⁷⁴ Entretien n°2.

¹⁷⁵ GRANJON F. et LE FOULGOC A., « Les usages sociaux de l'actualité. L'Expérience médiatique des publics internautes », *Réseaux*, 2010, volume 2, n° 160-161, p. 225-253, p. 231.

¹⁷⁶ GRANJON F. et LE FOULGOC A., *ibid.*, p. 235.

Emblématiques du web 2.0 que nous évoquions ci-dessus, les réseaux sociaux connaissent depuis 2005 une croissance exponentielle, qui s'étend progressivement à toutes les classes d'âge de la population.

L'essor des réseaux sociaux a démontré leur capacité à fixer et formaliser des liens sociaux existant dans la vraie vie, mais pouvant être « faibles », distendus : B sera le lien « faible » de A dans la mesure où il évolue en périphérie de son réseau de connaissance

¹⁷⁷ et de contacts . Les sites de réseaux sociaux permettent donc de s'affranchir, du moins relativement, des déterminants sociaux ou géographiques qui opèrent dans la construction des sociabilités. Le développement d'une information accessible et facilement exportable sur Internet, combiné à cette facilité à rester en contact avec des personnes s'étant éloignées du cœur de notre réseau d'interconnaissances, ont permis une irruption de l'information au sein d'échanges qui ne l'abordaient pas auparavant. Si par le passé les opinions et discussions sur l'actualité relevaient du cadre privé ou proche, le bain d'information dans lequel les Français évoluent aujourd'hui le rend légitime comme « terrain symbolique » commun d'échanges avec son réseau. Très concrètement, cela signifie que, sur un réseau social, poster un lien vers un article d'information représente la démarche susceptible de toucher la plus large partie de ses contacts, y compris ceux qui centralisent leur lecture de l'actualité sur une ou deux sources spécifiques – un comportement observé plus fréquemment chez les catégories les moins diplômées. En outre, la formation de l'opinion ne recouvre plus simplement la synthèse des différents points de vue exprimés par les médias, mais également l'exercice de débat et de défense de ses opinions, qui permet alors seulement de « valider ou d'invalider les avis produits en première instance

¹⁷⁸ par l'élaboration interne du travail cognitif » .

Ces usages de l'information sont particulièrement facilités sur un site comme Facebook. Facebook permet par exemple de commenter les publications postées par son réseau, non seulement celles publiées par ses contacts mais également celles postées par d'autres personnes sur le profil de leurs contacts ; on notera également la présence du bouton « Partager » au bas de chaque publication, notamment des liens renvoyant vers des sites extérieurs : il permet, en un clic, de re-poster l'information sur son propre profil ou de l'envoyer à l'un de ses contacts. Ces échanges sont par ailleurs d'autant plus visibles qu'ils sont centralisés dans le fil d'actualité ou *newsfeed* de l'utilisateur Facebook, véritable page d'accueil de son réseau d'interconnaissances.

Cette réflexion sur les nouveaux usages en ligne nous permet de tirer plusieurs conclusions en matière de communication et de propagation de l'information. Tout d'abord, que la dimension convergente de l'information aujourd'hui rend plus que jamais nécessaire une prise de parole coordonnée : le fait que tous les formats d'actualité, télévision, presse, radio ou encore information gouvernementale soient disponibles sur Internet rend beaucoup plus facile de juxtaposer des prises de parole contradictoires ou des imprécisions. Ensuite, que les internautes, dans leur première phase d'appréhension de l'actualité, privilégient les formats courts, intelligibles, non-partisans, qu'ils avouent d'ailleurs « lire en diagonale ». Ils sont également ouverts et disponibles envers l'information provenant non pas seulement de leurs proches, mais également de leur réseau élargi ; un réseau qui, conséquemment, peut leur ouvrir les portes de sources d'information qu'ils ne rencontrent pas dans la vie réelle. Enfin, que les facilités de discussion, d'échange et de confrontation des opinions est

¹⁷⁷ MERCANTI-GUERIN M., « Analyse des réseaux sociaux et communautés en ligne : quelles applications en marketing ? », *Management & Avenir*, 2010, volume 2, n° 32, p. 132-153.

¹⁷⁸ GRANJON F. et LE FOULGOC A., *ibid.*, p. 248.

ce qui permet de valider ou d'invalider une opinion : par conséquent, il n'est pas vain pour une organisation de venir communiquer dans une communauté en ligne, puisqu'elle peut encore avoir un impact sur la formation d'une opinion.

III. 2.3 Analyse et pistes d'amélioration pour le contenu du site Info' pandémie grippale

Une information facilement accessible sur le site

Le « First Moment of Truth » : ce concept de marketing désigne les quelques secondes (sept, précisément), où le client d'un magasin arrive devant le rayon qui l'intéresse et se

fait une idée de l'offre de produits disponibles¹⁷⁹. Cet instant est particulièrement court, et est pourtant décisif pour le choix final du client : il est donc crucial pour une marque que son produit soit bien positionné (à hauteur des yeux, par exemple) ou attirant pour être choisi par le client. On peut tout à fait transposer ce concept à un site comme celui d'Info' pandémie grippale : il est nécessaire, dès la page d'accueil, que le site soit suffisamment clair et structuré pour orienter facilement l'internaute vers la section qu'il recherche et à laquelle on souhaite qu'il adhère. Les statistiques du site Info' pandémie grippale font apparaître que le temps moyen passé par les visiteurs sur le site était particulièrement long : 4 minutes 30 en moyenne. Or, ceci n'indique pas tant que l'information disponible sur le site était particulièrement populaire et intéressante, mais plutôt que celle-ci était compliquée à trouver. A titre de comparaison, c'est la vision adoptée par le Royaume-Uni, qui considère que la mission d'un site Internet gouvernemental est de limiter au maximum le temps nécessaire à l'internaute pour trouver l'information dont il a besoin ou effectuer ses démarches administratives¹⁸⁰.

Ainsi pour la page d'accueil, on peut imaginer une orientation en fonction de la catégorie de patients à laquelle l'internaute appartient. Le site Info' pandémie grippale a aujourd'hui un bandeau avec cinq icônes, offrant de sélectionner si « Vous êtes un particulier », « un professionnel de santé », « une entreprise », « un organisme public », et enfin « dans la filière avicole ». La version du site en novembre 2009, par exemple, accueillait les visiteurs avec un pop-up « Tout savoir sur la vaccination », et le ciblage des populations était relégué sur

la colonne de gauche du site, sans aucune mise en valeur particulière¹⁸¹. Un spectre aussi large est normal pour un site qui a vocation à être le référent unique sur Internet en matière de pandémie. Toutefois, il serait pertinent de conduire des études sur les caractéristiques des visiteurs du site, le grand public étant, par définition, la catégorie qui ne dispose pas de site qui lui soit spécifiquement dédié. En outre, cette catégorie est sans doute celle ayant le moins de temps disponible à passer sur un site sur la pandémie pour prendre sa décision : à la fois du fait de contraintes personnelles (un parent très pris par ses enfants, un senior peu familier d'Internet), mais également parce qu'il est un individu qui ne peut pas déléguer ou distribuer cette recherche d'information, contrairement à une entreprise par exemple. On peut ainsi imaginer, dès la page d'accueil, une typologie claire, avec de larges icônes, intelligible pour la population et qui corresponde aux catégories de la vaccination : « Vous êtes enceinte », « âgé(e) de plus de 65 ans », « parent d'enfants de moins de 10 ans », etc.

¹⁷⁹ LECINSKI J., *ZMOT. Winning The Zero Moment of Truth*, Mountain View (USA) : Google, 2011.

¹⁸⁰ « A few design rules for Alpha.gov.uk », blog du site Alpha.gov.uk, < <http://blog.alpha.gov.uk/blog/alpha-gov-uk-design-rules> >.

¹⁸¹ Voir annexes.

Une information intelligible

Par ailleurs, l'information disponible sur le site est particulièrement abondante et rédigée dans un langage peu clair. Particulièrement abondante du fait de la volonté de transparence et des incertitudes liées à la grippe : il s'agissait donc de mettre à disposition une information complète, envisageant tous les aspects de la pandémie et toutes les précautions nécessaires. Le gouvernement a, selon un interviewé, opté plus pour un style « conférence

de presse » (...) « on vous diffuse la bonne parole » ¹⁸². Le contenu était en outre peu accessible et compréhensible par des populations peu diplômées ou n'étant pas familières avec le vocabulaire de la médecine et de la biologie. Ce phénomène a été renforcé par la longueur des circuits de validation, qui empêchait de valider rapidement un contenu moins

dense et plus intelligible ¹⁸³. On trouvera ci-dessous quelques exemples tirés du site, les deux premiers de la section « Questions-réponses », le troisième des « Actualités » publiées récemment.

« Le vaccin est-il efficace ? C'est le fondement même de la procédure d'autorisation de mise sur le marché que de vérifier, en plus de la sécurité du vaccin, son efficacité contre l'agent pathogène contre lequel il protège. En conséquence, les vaccins dotés d'une AMM, qui seront les seuls utilisés dans le cadre de la campagne de vaccination, ont démontré leur efficacité pour protéger contre le virus de la grippe A(H1N1). Cependant, comme c'est le cas pour tous les vaccins, les vaccins contre la grippe A(H1N1) ne protègent pas à 100%. »

¹⁸⁴

« Qu'en est-il du syndrome de Guillain-Barré ? (...) C'est une maladie rare. En France, son incidence (nombre de nouveaux cas par an) est de 2,8 cas pour 100.000 (calculée sur la base des données du programme de médicalisation des systèmes d'information-PMSI). On estime à 1.700 le nombre de patients hospitalisés par an. Deux tiers des cas de SGB surviennent après une infection bactérienne ou virale. À ce titre, la grippe est considérée comme un facteur de risque possible du SGB. Les études épidémiologiques faites sur le sujet ont montré que le nombre d'hospitalisations pour SGB augmente parallèlement à celui du nombre de cas de grippe. Une étude menée en France par des équipes de l'hôpital de Garches a montré l'incidence de 4 à 7 cas pour 100 000 sujets

¹⁸⁵

grippés. »

A titre de comparaison, le site « Flu.gov » du gouvernement américain est une bonne illustration d'une communication sanitaire qui peut être objective et complète sans employer un langage trop complexe. En prenant l'exemple d'une question sur les effets indésirables liés au vaccin sur le site Info' pandémie grippale :

« Quels peuvent être les effets indésirables ? En se fondant sur les résultats de surveillance des effets secondaires des vaccins contre la grippe saisonnière

¹⁸² Entretien n° 3.

¹⁸³ Entretien n° 2.

¹⁸⁴ « La vaccination / Les vaccins / La pharmacovigilance », site Info' pandémie grippale, < <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/en-savoir-plus/questions-reponses/grippe-a-h1n1/la-vaccination-les-vaccins-la-pharmacovigilance/#24> >.

¹⁸⁵ « La vaccination / Les vaccins / La pharmacovigilance », *ibid.*

produits selon des procédés analogues et déjà commercialisés depuis plusieurs années et sur ceux des essais cliniques, les effets secondaires attendus sont similaires à ceux que l'on observe après la vaccination contre la grippe saisonnière. Les vaccins contre la grippe saisonnière sont bien tolérés. S'ils surviennent, les événements indésirables sont le plus souvent mineurs, prenant surtout la forme de réactions locales (douleur, rougeur, gonflement) au point d'injection ou de fièvre modérée, et ne durent pas plus de 48 heures. »¹⁸⁶

Et son équivalent sur le site Flu.gov :

« Pourquoi certaines personnes ne se sentent-elles pas bien après avoir reçu

l'injection contre la grippe saisonnière ? L'effet indésirable le plus courant des vaccins contre la grippe saisonnière chez les adultes est souvent une douleur à l'endroit où le vaccin a été fait, qui dure généralement moins de deux jours. La douleur est souvent causée par le système immunitaire de la personne, qui fabrique des anticorps protecteurs contre les virus détruits présents dans le vaccin. Ces anticorps sont ce qui permet au corps de combattre la grippe. L'aiguille de l'injection peut aussi causer une douleur au point d'injection. D'après le Comité de consultation sur les pratiques d'immunisation, les symptômes rares incluent de la fièvre, des douleurs musculaires, et une impression de malaise ou de faiblesse. Si ces problèmes surviennent, ils sont très rares et débutent généralement peu de temps après la vaccination et durent 1 à 2 jours. »¹⁸⁷
¹⁸⁸

Nous pouvons donc constater que l'information dispensée par le gouvernement, bien que complète, n'en est pas pour d'autant concluante : il est peu probable que l'internaute consultant ces sections en ressorte avec une opinion tranchée, non seulement sur la question mais également en faveur de la vaccination.

Une information préventive contre une information réactive

Lorsque l'Etat cherche à faire passer un message qui suscite beaucoup d'objections et d'arguments contraires, il est essentiel pour la puissance publique de répondre à ces

¹⁸⁶ « La vaccination / Les vaccins / La pharmacovigilance », op. cit.

¹⁸⁷ Aux Etats-Unis, la vaccination par injection est utilisée principalement dans le cas de la grippe saisonnière. La population a été vaccinée contre la grippe H1N1 par un spray nasal, moins efficace (le virus contenu dans le vaccin est seulement affaibli et non détruit), mais plus simple à administrer. Toutefois, ce paragraphe constitue un bon exemple de réponse à la question des effets indésirables d'un vaccin.

¹⁸⁸ « Why do some people not feel well after getting the seasonal flu shot? The most common side effect of seasonal flu shots in adults has been soreness at the spot where the shot was given, which usually lasts less than two days. The soreness is often caused by a person's immune system making protective antibodies to the killed viruses in the vaccine. These antibodies are what allow the body to fight against flu. The needle stick may also cause some soreness at the injection site. According to the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), rare symptoms include fever, muscle pain, and feelings of discomfort or weakness. If these problems occur, they are very uncommon and usually begin soon after the shot and last 1-2 days. » (Source : « Misconceptions about Seasonal Influenza and Influenza Vaccines », site Flu.gov, < <http://www.flu.gov/individualfamily/about/myths.html> >).

objections par des arguments ciblés, reprenant point par point les motifs d'opposition et de désaccord ou les idées reçues. Or dans le cadre du H1N1, on observe un traitement différent, en France et aux Etats-Unis, des points polémiques liés à la gravité de la grippe ou à la vaccination. En effet, le site Info' pandémie grippale, comme nous venons de le voir, aborde ces questions sur un angle avant tout informatif et préventif, qu'un interviewé

qualifiera même de « panneau d'affichage administratif »¹⁸⁹ : le citoyen ayant des objections précises à la grippe devra rechercher dans l'information donnée ce qui peut répondre à ses arguments. À l'inverse, les sites américains comme Flu.gov adoptent un ton beaucoup plus offensif sur les polémiques autour de la grippe et de la vaccination, mettant en lumière les idées reçues et appelant à les combattre. Ainsi, un spot mis en ligne par le Center for Disease Control and Prevention (CDC, l'équivalent américain de l'InVS) diffuse quelques verbatims entendus fréquemment contre la vaccination contre la grippe : « Je n'attrape jamais la grippe » ; « J'ai déjà eu la grippe avant, ce n'est pas si grave » ; « Les médias exagèrent ! ». Puis, pour illustrer les conséquences de la grippe, la vidéo poursuit avec d'autres extraits : « J'ai raté une semaine entière d'école pendant les partiels ! » ; « Et maintenant mon bébé l'a à cause de moi ». Le tout est accompagné du slogan « Peu importe

les excuses que vous vous donnez, la grippe H1N1 peut tout chambouler chez vous »¹⁹⁰. Une actualité publiée sur Flu.gov en octobre 2009 cible même nommément un journaliste de télévision, accusé d'avoir propagé des contre-vérités sur la vaccination lors d'une interview d'un homme politique en affirmant que le vaccin était dangereux pour les femmes enceintes et inutile en général, et relaie des articles de presse qui condamnent également le discours

du journaliste¹⁹¹. Sans aller jusqu'aux attaques *ad hominem*, on peut s'étonner que le gouvernement, qui était pourtant dans une logique de crise majeure, n'ait pas plus dénoncé les objections à la vaccination comme allant contre l'intérêt général et mettant en danger les populations à risques exposées au virus, notamment lorsqu'elles provenaient d'acteurs non spécialistes de la vaccination, tels que le syndicats infirmiers par exemple.

La France a toutefois développé ce genre d'initiative : une section très claire et pédagogique, intitulée « 5 bonnes raisons pour ne pas hésiter », a été mise en ligne sur le site Info' pandémie grippale et délivre un message beaucoup plus fort et tranché :

« “Je suis en parfaite santé : même si j'attrape la grippe, je serai juste malade quelques jours !” À la différence des épidémies de grippe saisonnière, les jeunes personnes en bonne santé, tout comme les femmes enceintes ou les personnes souffrant de certaines pathologies (asthme, obésité...) présentent une surmortalité. Environ 16% des personnes malheureusement décédées de la grippe A(H1N1) n'avaient pas de facteurs de risques. Même si vous êtes en parfaite santé, la grippe A(H1N1) vous concerne. Pour vous protéger et protéger votre entourage, faites vous vacciner. »¹⁹²

¹⁸⁹ Entretien n° 3.

¹⁹⁰ « I never get the flu: 60 », vidéo du Center for Disease Control and Prevention, < <http://www.youtube.com/watch?v=w3epSeOLDiY> >

¹⁹¹ « Debunking False Media Claims on the 2009 H1N1 Vaccine », site Flu.gov, < <http://www.flu.gov/news/blogs/falsemedia.html> >

¹⁹² « 5 bonnes raisons pour ne pas hésiter », site Info' pandémie grippale, < <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/cinqbonnesraisons.html> >.

La fiche est déclinée sous formes de bannières intégrables à un blog ou un site Internet, qui interpellent avec un verbatim sous l'angle d'une question posée par un citoyen « lambda », tel que « "L'épidémie est terminée, pourquoi j'irais me faire vacciner ?" Jean-Louis, 54 ans, Tours ». Cet angle est illustré par les catégories de personnes les plus réfractaires à la vaccination, comme ici un homme d'âge moyen, qui n'est pas un senior et qui est aussi moins susceptible d'avoir de jeunes enfants. On relève par ailleurs que cette fiche utilise deux éléments de langage bien connus des Français. Elle reprend tout d'abord le terme « grippette » lancé par Bernard Debré et utilisé par les médias et les Français exprimant leur désintérêt pour la vaccination. L'accroche de la fiche, demandant « Et vous ? Vous en êtes où avec la vaccination ? », rappelle le slogan utilisé par l'INPES contre l'abus d'alcool « Et vous, avec l'alcool vous en êtes où ? » dans ses dernières campagnes. Mais, là encore, la communication s'est heurtée à la validation : ce genre de section doit en effet passer par un circuit de validation très long, où la responsabilité de valider ce type de contenu plus injonctif et tranché remonte jusqu'aux plus hauts niveaux de la hiérarchie. C'est pourquoi cette section a été seulement mise en place en décembre 2009, soit bien trop longtemps après que les Français aient été exposés à des discours contraires.

III.2.4 Une information au cœur d'un écosystème

Améliorer le partage de l'information

Comme nous l'avons montré plus haut, le grand public, dans son utilisation d'Internet, mêle plusieurs pratiques et plateformes pour un même sujet. Par exemple, une actualité lue sur lemonde.fr sera suivie d'une recherche sur un moteur pour des informations complémentaires, sera comparée avec les avis exprimés sur des blogs ou des forums, ou encore sera postée sur Facebook et donnera lieu à des échanges avec ses amis. C'est pourquoi on utilise la notion d' « écosystème » sur Internet : « un ensemble dynamique d'organismes vivants qui interagissent entre eux et avec le milieu dans lequel ils vivent », à cette différence près que sur Internet, les utilisateurs peuvent choisir le milieu dans lequel ils

évoluent, et que les possibilités d'interactions sont illimitées¹⁹³. Toutefois, le site pandémie-grippale, conçu en 2005 et actualisé en 2008, n'intégrait pas la dimension « sociale » ou de partage d'information qui est devenue un aspect essentiel de la conception des sites Internet. Concrètement, cela signifie que si les supports de diffusion tels que les dépliants ou les spots télévisés renvoyaient vers l'information disponible sur le site pandémie-grippale, celle-ci n'était toutefois pas rediffusable vers d'autres supports. Ainsi, lorsque l'on consulte une page du site Info' pandémie grippale, il est seulement possible de l'imprimer – à l'exception notable de la page sur la vaccination contre la grippe H1N1, qui n'offre même pas cette possibilité¹⁹⁴. Globalement, aucune page du site ne permet d'envoyer la page par e-mail à l'un de ses contacts, ou bien de la poster sur un réseau social.

Ces fonctionnalités étaient inhabituelles ou inexistantes en 2005, lorsque le site a été conçu ; toutefois en 2009, elles étaient devenues indispensables. En effet, il est essentiel que l'information que le gouvernement souhaite diffuser soit la plus simple à exporter et à partager, car ces outils de partage permettent la prise en main de l'information par l'internaute lui-même. Très concrètement, on peut imaginer, comme le décrit un des

¹⁹³ « Internet : un écosystème à part entière », blog Destination Webmarketing, < <http://www.destination-webmarketing.fr/internet-un-ecosysteme-a-part-entiere/> >.

¹⁹⁴ « Vaccination », site Info' pandémie grippale, < <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/nouvelle-grippe-a-h1n1/vaccination.html> >.

interviewés, un débat entre deux amis, en désaccord au sujet des dangers du squalène présent dans le vaccin contre le H1N1. Le lendemain du débat, l'un d'entre eux aurait pu aller sur le site Info' pandémie grippale à la recherche d'une information officielle sur le squalène, et l'envoyer par e-mail à son contradicteur de la veille, en lui montrant que le squalène est une substance très répandue et inoffensive dans le vaccin. Cette situation a sans doute été rencontrée par nombre de Français ; sauf qu'en l'absence d'outil présent directement sur la page, l'internaute devait aller se connecter à son propre compte e-mail (dont il ne dispose pas forcément) et envoyer lui-même le lien. La démarche était ainsi plus fastidieuse, et donc moins susceptible d'être réalisée. Ceci est d'ailleurs confirmé par les statistiques du site : seul 0,3% des visites provenaient d'une interface d'email.

La question des formats

En outre, se pose la question des formats proposés par le site Info' pandémie grippale. Ainsi, l'onglet « Particuliers » de la page d'accueil renvoie vers les dépliants sur la grippe H1N1, beaucoup plus clairs et pédagogiques que l'information disponible sur le site ¹⁹⁵. Or, cette communication est disponible uniquement sous un format PDF à télécharger, la limitant donc à un usage strictement individuel plutôt que de partage. Il est par ailleurs étonnant que cette information n'ait pas été tout simplement reprise dans les pages du site, ce qui était tout à fait possible techniquement puisqu'il ne s'agit que de contenu.

Une autre piste explorable est celle de la vidéo. En effet, même sur des questions d'actualité, les vidéos courtes de quelques minutes sont un format de plus en plus populaire, notamment chez les jeunes générations : 18% des moins de 20 ans et 12% des moins de 25 ans regardent quotidiennement des vidéos d'actualité ¹⁹⁶. Un des interviewés a ainsi regretté que les seules vidéos mises à disposition par le gouvernement, en-dehors des spots des gestes barrière, aient été des contenus peu attractifs et non édités, tels que des vidéos longues d'une heure retransmettant l'intégralité d'une conférence de presse, par exemple. Une piste évoquée durant l'entretien a été la réalisation de vidéos très courtes, d'une minute maximum, interrogeant un spécialiste reconnu sur un des aspects de la grippe. C'est d'ailleurs le choix fait par le CDC, qui a mis en ligne en 2009 des vidéos intitulées « Table ronde sur la grippe », où un responsable du CDC répond à des questions sur la grippe durant 2 à 3 minutes ¹⁹⁷. Une vidéo plus longue, de 9 minutes, traite spécifiquement de la vaccination et a été l'une des vidéos du CDC sur la grippe H1N1 les plus regardées, avec plus de 17 000 vues ¹⁹⁸. Pour la campagne de grippe saisonnière 2010-2011, le CDC a mis en ligne des vidéos de moins d'une minute dans lesquelles le numéro 2 du secrétariat américain à la Santé s'exprime sur la sécurité des vaccins ¹⁹⁹. L'avantage de la vidéo est qu'elle permet en outre de concurrencer les lobbys anti-vaccination, dont la vidéo est l'un des

¹⁹⁵ Voir annexes.

¹⁹⁶ GRANJON F. et LE FOULGOC A., *ibid.*, p. 233.

¹⁹⁷ « Influenza Round Table: Take Three », vidéo du Center for Disease Control and Prevention, < http://www.youtube.com/watch?v=5bcGtjb_o50&feature=relmfu >.

¹⁹⁸ « H1N1 Vaccine Questions? ...ask Dr. Anne », vidéo du Center for Disease Control and Prevention, < http://www.youtube.com/watch?v=RrhL8CK6hD4&feature=channel_video_title >.

¹⁹⁹ « Is the Flu Vaccine safe? », vidéo du US Department of Health and Human Services, < http://www.youtube.com/watch?v=sAVR0raT_rA&feature=player_embedded >.

formats privilégiés : une recherche rapide sur YouTube avec les termes « vaccin H1N1 » fait ainsi ressortir quasiment uniquement des vidéos dénonçant les dangers de la vaccination et reprenant des extraits de journaux télévisés sur les craintes liées au vaccin.

III.3 Le relais des communautés en ligne : le cas de Doctissimo

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, les communautés en ligne, qu'il s'agisse de réseaux sociaux ou de forums, sont devenues particulièrement populaires. En ce sens, elles constituent donc un relais potentiel pour la communication du gouvernement, à condition que celui-ci sache l'exploiter. Les Français étant prompts à débattre des faits d'actualité, être présent sur les réseaux sociaux permet également d'avoir des retours sur l'opinion du public.

Cette dernière partie s'intéresse à la communauté des forums de Doctissimo, premier site d'information médicale grand public en France, très actifs durant la campagne de vaccination. Nous avons à ce titre échangé avec quelques posteurs afin de connaître leur opinion sur la vaccination et sur leurs motivations en venant débattre sur Doctissimo. Cette popularité des forums a conduit le SIG à nouer un partenariat le site, qui s'est révélé peu concluant – et illustre les contraintes liées à la communication en santé sur les réseaux sociaux.

III.3.1 Doctissimo, géant de la santé sur le web... géant du web

Une popularité non démentie

Acquis par le groupe Lagardère en 2008, Doctissimo est aujourd'hui le premier site d'information de santé pour le grand public, et attire 18,9% du trafic Internet sur ce domaine

²⁰⁰ . Doctissimo a reçu 8,9 millions de visiteurs uniques en janvier 2011, ce qui en fait le 30^{ème} site le plus consulté en France ²⁰¹ . De même qu'aufeminin.com, son principal concurrent, Doctissimo a lancé une importante campagne de référencement du site, qui génère de trafic sur de nombreuses requêtes sur la santé, même celles ayant fait l'objet d'achat de mots-clés par des concurrents (c'est par exemple le cas pour « cholestérol », où la première réponse Google est une publicité pour une marque de beurre, et la deuxième la section dédiée à ce problème de Doctissimo). Ce bon référencement explique qu'environ ²⁰² 40% des visites sur le site proviennent d'un moteur de recherche .

Doctissimo se décline en deux grandes catégories : une offre « informationnelle » et une offre communautaire que nous abordons plus loin. L'information « santé » est à prendre au

²⁰⁰ « Doctissimo, site santé bien-être », site du ministère de la Santé, < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Developper_l_information_sur_les_produits_de_sante_-_Contribution_de_Doctissimo.pdf >.

²⁰¹ « Audience Médiamétrie Netratings de janvier 2011 : intégration de l'audience quotidienne », site de Offre Média, < http://www.offremedia.com/voir-article/audience-mediometrie-netratings-de-janvier-2011--integration-de-laudience-quotidienne/newsletter_id=120065/ >.

²⁰² « Statistics Summary for doctissimo.fr », site d'Alexa, < <http://www.alexa.com/siteinfo/doctissimo.fr> >.

sens large, puisqu'elle intègre aussi du contenu portant sur le bien-être ou encore la cuisine. La partie informationnelle du site est comparée par certains auteurs à « un magazine de presse thématique », qui rassemble « du rédactionnel, de la publicité, des sujets de société parfois liés à une actualité (de saison par exemple) mais aussi des contenus de vulgarisation scientifique »²⁰³.

Des forums très actifs : publics et utilisation

Une fois sur le site, un des éléments permettant de fidéliser le visiteur est sa fonction forum et communauté en ligne, également appelée « Club Doctissimo ». Doctissimo communique peu sur le nombre de membres inscrits sur le site, mais indique que les forums reçoivent 150 000 nouveaux messages par jour. Doctissimo comprend 16 forums avec de grands thèmes (Santé, Grossesse et bébé, Mode, Beauté...) avec à l'intérieur des sous-thèmes : le forum Santé en compte par exemple plus d'une centaine (Acné, Arthrose, Diabète...). Les messages sont ensuite organisés dans les fils de discussion créés par les utilisateurs. Les contributions des internautes sont par ailleurs tellement nombreuses qu'elles permettent aux forums de fonctionner sur cette seule base, sans réel contrôle ou animation éditoriale. Ce qui représente désormais la première communauté francophone sur internet en termes de volume de messages emploie 2 community managers²⁰⁴ et 5 modérateurs à plein temps, et mobilise 80 animateurs bénévoles²⁰⁵.

L'anonymat offert par les forums n'empêche pas une certaine personnalisation et un partage d'informations sur sa vie privée, qui facilite les échanges et renforce l'esprit de « communauté » parmi les posteurs – dont les deux tiers sont des femmes. Cette personnalisation se fait par le biais du pseudonyme (dont un certain nombre sont une déclinaison d'un prénom ou reprennent un code postal), de la photo de profil et de la citation sous les messages. Un élément spécifique à Doctissimo est la possibilité d'ajouter un « ticker », une sorte de calendrier ou de compte à rebours, évoquant souvent une date d'accouchement ou l'âge de ses enfants. Par ailleurs, Doctissimo opère une hiérarchie entre les membres en fonction du nombre de messages postés : un emplacement sous la photo de profil précise ainsi si le membre est un « Habitué » (50 messages postés), « Fidèle » (150 messages), ou bien un « Doctinaute » catégorie bronze, argent, or... (de 300 à 50 000 messages).

En ce qui concerne le contenu des forums, Akrich et Méadel identifient divers types d'interactions entre membres. Certains forums sont une combinaison du partage et de « l'articulation entre expériences des patients/usagers et expertise médicale » ; ou bien sont plus axés sur l'échange d'expériences et le rassemblement de témoignages, d'autres encore sont entièrement consacrés à l'information médicale, grâce aux contributeurs qui effectuent un travail de veille sur un sujet précis ; et d'autres enfin plus portés sur le soutien mutuel²⁰⁶.

²⁰³ TOUBOUL A. et VERCHER E., « Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communauté d'intérêts », *tic&société*, 2008, volume 2, n° 1, p. 46-63.

²⁰⁴ « Gestionnaire de communauté », voir encadré ci-dessous.

²⁰⁵ « Doctissimo, site santé bien-être », op. cit.

²⁰⁶ AKRICH M. et MEADEL C., « Les échanges entre patients sur l'Internet », *La Presse Médicale*, 2009, volume 38, n° 10, p. 1484-1490.

III.3.2 Etude des forums

La difficulté de questionner les posteurs des forums sur la vaccination H1N1

Notre étude est partie d'une recherche sur les forums des messages contenant les mots « vaccin » et « H1N1 », écrits entre le 1^{er} juillet 2009 et le 1^{er} janvier 2010. Sans surprise, la majorité des discussions sur le sujet se trouvent dans les sous-catégories « Vaccination », « Grippe A, grippe aviaire, chikungunya... » ainsi que dans « Enfants » sur la vaccination des plus jeunes. Notre étude a identifié des messages où les posteurs exprimaient leurs doutes et leur refus de la vaccination, parfois en relayant des liens extérieurs – ce qui exclut les posteurs venus demander conseil sur la décision de se faire vacciner, qui étaient les plus nombreux, notamment dans le forum Enfants. Nous avons ensuite établi un premier contact leur demandant s'ils acceptaient de répondre à un questionnaire sur le sujet, puis, suite aux premières réponses positives, leur avons envoyé le questionnaire. Dans une deuxième vague, nous avons envoyé aux personnes n'ayant pas répondu une première fois un lien vers le questionnaire. Toutefois, très peu de messages ont été lus et le nombre de posteurs ayant répondu est encore plus faible, comme nous pouvons le voir ci-dessous :

Nombre de posteurs contactés	42
Messages non lus	22
Compte supprimé après l'envoi du message	5
Message lu mais pas de réponse au questionnaire	9
Réponses au questionnaire	6

On peut constater qu'une part importante des posteurs n'a pas lu le message dont le sujet était « Vaccination contre la grippe A H1N1 », et qu'une partie a supprimé son compte après avoir reçu ce message. Doctissimo offre la possibilité de voir les derniers messages postés par les Doctinautes sur les forums : sur 22 messages non lus, 8 n'avaient pas posté depuis 2009 (donc depuis la période de grippe A), et 4 n'avaient pas posté depuis 2010 ; 4 Doctinautes avaient désactivé cette fonction de leur profil. On peut donc en conclure que parmi les personnes étudiées, qui ont exprimé leur objection à la vaccination et avaient mis en doute les décisions du gouvernement, ont utilisé Doctissimo uniquement lors de l'épisode de grippe A afin de confronter leur opinion.

Opinion sur la vaccination

Bien que le nombre réduit de réponses limite sa valeur scientifique, nous retranscrivons ici les échanges que nous avons eus avec les Doctinautes, à titre d'illustration. Parmi les réponses à notre questionnaire, on constate que la plupart des posteurs ne sont pas venus chercher des informations sur la vaccination sur Doctissimo, qu'ils trouvaient auprès d'autres sources (médias, sites Internet), mais souhaitaient plutôt échanger et donner leur avis – sans chercher à convaincre, d'après eux. L'argument revenant le plus souvent contre la vaccination était le manque de reculs sur les vaccins : « Pas assez de recul par rapport aux risques liés à la vaccination » ; « il n'y avait pas assez de recul sur ce vaccin à peine développer » ; « On ne connaît pas les effets secondaires d'un produit nouveau ». Suite à notre relance, aucun des posteurs n'a dit avoir entendu parler de la procédure de vaccin « mock up » ou « maquette », qui consiste à extrapoler les résultats de tests sur le vaccin contre la grippe saisonnière.

Par ailleurs, la quasi-totalité des réponses expriment un manque de confiance envers le gouvernement, accusé d'être allié aux laboratoires pharmaceutiques : « Le gouvernement s'est fait piétiner, n'a pas su faire face » ; « pas trouvé très crédible les réseaux politiques/médicaux... » ; « Souvenez-vous des "experts" pro vaccination : la majeure partie était liée aux laboratoires mais on se cachait bien de nous le dire ». Ces supposés « cadeaux » du gouvernement sont d'ailleurs mis en parallèle avec les 94 millions de doses commandées, qui semblent démesurées, pour certains répondants, pour une population de 60 millions. La plupart des répondants semblent donc parmi les plus modérés des forums – un effet sans doute renforcé par le fait que ces réponses interviennent près de deux ans après leurs messages.

Une prise de parole monopolisée par les anti-vaccinalistes

L'abondance dans les forums de messages s'opposant à la vaccination, dont certains avec des arguments très définitifs et tranchés, peut surprendre. Toutefois, il apparaît que ces forums, et notamment le forum sur la vaccination, sont quasiment entièrement occupés par les anti-vaccinalistes, qui s'opposent à la vaccination en général (et sont donc à distinguer des « anti-vaccination » qui l'étaient seulement durant la campagne). De plus, la plupart des discussions mobilisent souvent les mêmes contributeurs (dont les anti-vaccinalistes), ce qui explique que malgré le nombre de messages, ces posteurs représentaient une fraction minime de Doctissimo.

Dans les discussions sur la grippe A, les anti-vaccinalistes sont facilement repérables à leur façon de répondre à leurs contradicteurs. En effet, les internautes « lambda » vont argumenter d'une manière virulente, mais qui est basée sur une opinion et laisse donc la porte ouverte au débat : « ils n'achètent pas le vaccin Baxter ? ben pas grave y a GSK ou Novartis derrière qui fourgueront le leur, aussi pourri et risqué que le premier » ; « Il donne l'impression de vouloir écouler ses stocks par crainte de se voir reprocher un gachis

financier en pleine crise. Et les élections sont proches... »²⁰⁷. A l'inverse, les opposants à toute vaccination adoptent un discours beaucoup plus injonctif et culpabilisant, qui sous-entend que seuls eux détiennent la vérité : « pff! vous vous laissez vraiment manipuler par la propagande et vos médecins, ce sont eux qui dirigent vos vies quoi » ; « Si, il faut TOUJOURS tout remettre en cause dans le domaine des vaccinations. Le lavage de cerveau commence dès le plus jeune age. ». On note également l'emploi de formules mettant systématiquement en doute la capacité de réflexion de l'autre : « Il va falloir que tu m'expliques aussi... » ; « Tu oublies surtout de dire... ». Aucun des anti-vaccinalistes que nous avons identifiés n'a d'ailleurs répondu à nos sollicitations, alors même que l'interface de messagerie indique qu'ils ont lu nos messages.

Pour ces raisons, plusieurs posteurs interrogés dans le cadre de ce mémoire ont indiqué qu'ils ne fréquentaient plus les discussions sur le thème de la vaccination :

« Sur docti il y a les pro vaccinations et les anti..mais aucun dialogue possible (...) j ai deserte la section vaccination...que des fanatiques;;qui se bombardent a coup d articles pioches sur google » ; « je n'aime pas parler de la vaccination sur Docti car il y a des Doctinautes (trolls) qui montent en puissance dès que c'est le cas. Ils pourrissent la discussion et du coup, ils se retrouvent

²⁰⁷ Tous les messages provenant de Doctissimo sont ici retranscrits tels quels, sans correction à l'exception de la casse : les phrases rédigées entièrement en majuscules ont été mises en minuscules afin de faciliter la lecture.

à parler seuls car on est presque considéré comme des incultes voir même des fous furieux qui ont osé vacciner leurs enfants ».

La monopolisation du débat par les anti-vaccinalistes illustre donc la difficulté pour le gouvernement de s'y intégrer, ainsi que nous le développons dans le paragraphe suivant. Cette difficulté est renforcée par le fait que la vaccination, contre la grippe A mais également en général, n'est pas vue par les Doctinautes interrogés comme une solution admise mais dont on peut nuancer l'utilité (comme le préservatif par exemple), mais bien comme une théorie autour de laquelle chacun est libre de se positionner. Ainsi, plusieurs répondants évoquant leur recherche d'informations ont expliqué avoir fait « le tri entre les pro vaccination et les alarmisto-complotistes » - mettant ainsi les recommandations gouvernementales au même niveau d'objectivité que des lobbys anti-vaccination.

III.3.3 Partenariat entre le SIG et Doctissimo : une occasion manquée

Un partenariat tardif et peu actif

La virulence des attaques contre la vaccination sur internet est ce qui, selon un des interviewés, a permis de faire revenir une véritable dimension de communication durant la campagne de la grippe A, au lieu d'une communication de crise qui n'avait pas brillé par son efficacité. Le SIG ainsi produit, le 5 décembre, une note sur le peu de succès de la communication du gouvernement sur Internet, et a préconisé un partenariat avec

²⁰⁸ Doctissimo . Toutefois, là encore, cette initiative a été retardée par la longueur des circuits de validation, et n'a été mise en place qu'en janvier, soit, comme pour la vaccination dans les cabinets, à un stade bien trop tardif de la campagne, deux semaines avant l'arrêt de la diffusion des spots en télévision et radio. Le partenariat portait sur une présence de Doctissimo au sein des forums, où les community managers et animateurs étaient censés intervenir et rediriger vers le site pandémie-grippale. Le partenariat a également permis

²⁰⁹ la mise en place de bannières promouvant le site pandémie-grippale sur les forums . Cependant, ce partenariat n'a pas fait l'objet d'un suivi par le SIG, qui n'a pas contrôlé si des messages étaient ou non postés par Doctissimo – ce qui n'a pas été le cas.

Un révélateur des contraintes de la prise de parole en ligne

Au-delà d'un manque de suivie et de coordination, une réflexion plus poussée sur les raisons de cet échec montre qu'Internet amplifie les difficultés liées à la communication sanitaire. En effet, l'échelle de la santé publique, qui inclut statistiquement des résultats « indésirables » tels que des effets secondaires, se heurte ici à l'objectivité scientifique, qui interdit d'affirmer qu'un traitement est complètement inoffensif en présence de tels résultats. Cette difficulté s'est particulièrement ressentie lors de la grippe A puisque, comme nous l'avons vu, le gouvernement disposait de peu d'informations sur le virus et faisait preuve de la plus grande précaution dans ses réponses afin de ne pas être pris en défaut sur ce sujet.

Par conséquent, une stratégie sur les réseaux sociaux et forums reste un sujet sensible pour la puissance publique, et ce d'autant plus dans le cadre d'une pandémie de grippe. Une présence sur de tels supports peut être intéressante pour renvoyer à l'information officielle et aider à sa diffusion, notamment au moyen de fonctionnalités plus ludiques : le gouvernement

²⁰⁸ Assemblée Nationale, op. cit.

²⁰⁹ Entretien n° 2.

a par exemple mis en ligne sur son site un quiz pour tester ses connaissances sur la grippe²¹⁰

. Toutefois, une interaction plus poussée visant à répondre précisément aux questions que se posent les Français sur la grippe ou son traitement est difficilement envisageable. Difficilement envisageable, car répondre à des questions d'ordre sanitaire (sans même aller jusqu'à des questions médicales) entraîne une importante prise de responsabilité pour l'entité concernée dans le cas où l'information donnée est incorrecte, inadaptée ou imprécise, du fait de l'impact très fort que celle-ci peut avoir sur la santé des personnes. On peut imaginer que le ministère de la Santé valide un ensemble de réponses pouvant être utilisées sur un réseau social ; toutefois, dans un contexte de crise aussi changeant que celui de la grippe H1N1, ces réponses mettraient nécessairement plusieurs jours à être validées, alors que, comme l'a expliqué Thierry Saussez, « dans le temps d'internet, il n'est pas question de mettre trois jours à répondre à une attaque »²¹¹.

Par ailleurs, gérer les discours contradictoires à la parole gouvernementale signifie s'immerger dans un environnement par définition hostile, mais également au fait de ces techniques de communication : nous l'avons nous-mêmes observé lors de notre étude des forums de Doctissimo, où tout posteur qui s'exprimait en faveur de la vaccination était immédiatement étiqueté « communiquant du gouvernement ». Sur des questions où l'expertise et la spécialisation de l'intervenant sont primordiales, cela implique également une réflexion sur l'identification du community manager : comme l'explique l'un des interviewés, peut-on répondre au nom d'un communiquant du ministère concerné (le directeur de la communication par exemple), du ministre ou d'un expert sanitaire auprès de l'institution ? Ou bien d'un personnage imaginaire n'ayant pas de crédibilité sur le sujet, qui pourrait n'être vu que comme un « coup de com' » ? Enfin, lorsqu'un ministère décide de communiquer explicitement dans des communautés en ligne, il entre dans une interaction interpersonnelle au vu de tous : par conséquent, il est difficile pour un community manager de répondre à certaines questions et d'en éviter sciemment d'autres, ce qui apparaîtrait comme un aveu de faiblesse ou un manque de sincérité. Ainsi, si les réseaux sociaux représentent un relais de communication intéressant en termes de support et de largeur de cible, s'engager dans une démarche de persuasion via des interactions individuelles se révèle beaucoup plus compliqué dans un contexte incertain.

Internet est souvent cité comme l'un des échecs majeurs du traitement de la grippe H1N1, et a fortement impressionné les responsables de l'Etat par la profusion de discours remettant en cause la vaccination, accessibles à tous sur le réseau. La difficulté à communiquer de manière satisfaisante dans ces circonstances a mis en évidence un problème en termes d'autorité décisionnaire : il manque un acteur qui puisse à la fois délivrer une information sanitaire complète et crédible, mais également communiquer dessus d'une manière intelligible et facilement diffusable. Ce vide s'est fait d'autant plus ressentir sur Internet qu'il a rapidement été comblé par des discours anti-vaccination maîtrisant mieux les codes de ce support. La teneur hautement sensible des informations et l'hostilité affichée envers le gouvernement sur Internet nous montrent qu'il est illusoire de penser que le gouvernement aurait dû mieux « contrôler » ces messages : comme l'a démontré la grippe A, ce n'est pas parce qu'un gouvernement préconise un traitement qu'il a nécessairement plus de poids que les discours anti-vaccination, aussi fantaisistes soient-ils. Cependant, des pistes d'amélioration existent : plutôt que d'empêcher l'opposition à la vaccination

²¹⁰ « Quiz – Testez vos connaissances », site Info' pandémie grippale, < http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/quiz.html?id_quiz=7 >.

²¹¹ Assemblée Nationale, op. cit., p. 421.

de s'exprimer, il est surtout essentiel de fournir une information qui puisse soutenir la comparaison, en étant disponible, diffusable, et accessible.

Conclusion

La grippe H1N1 représente une crise à laquelle le gouvernement était la fois très bien et très mal préparé. Très bien préparé, car le risque de pandémie grippale était connu depuis les années 2000, et s'était concrétisé une première fois avec la grippe aviaire, dans des proportions toutefois moindres que celles attendues. Le plan de pandémie grippale élaboré après la crise du H5N1 démontre la capacité d'anticipation et de prévision de l'Etat, qui sait se préparer face à une menace potentielle, dont la propagation et le contrôle, comme nous l'avons vu, ne dépendent pas uniquement de l'échelon national. L'application du principe de précaution, à grande échelle et avec plusieurs années d'avance, a été ici faite à bon escient.

Elle est ce qui a permis au gouvernement, lorsque la menace est apparue, de réagir rapidement en mettant en place les structures ad hoc, telles que les Cellules Interministérielles de Crise organisées place Beauvau ou le point presse quotidien au ministère de la Santé. Un tel dispositif était tout à fait justifié au printemps et à l'été 2009 en préparation du pic pandémique de l'automne – nonobstant les premiers retours en provenance de l'hémisphère Sud indiquant que le virus était moins létal que la grippe aviaire et qu'il se propageait moins vite qu'anticipé.

Toutefois, un peu comme une leçon trop bien apprise que l'on souhaite à tout prix utiliser lors d'un examen, le gouvernement a poursuivi avec un plan élaboré en prévision d'un virus très différent de la grippe H1N1, et s'est ainsi paradoxalement retrouvé impréparé à la situation. Il en a résulté un important décalage, entre le dispositif et la communication choisis par le gouvernement d'une part, et la perception que les Français avaient de la grippe d'autre part. Ce fossé entre gouvernement et citoyens a laissé la place à des discours médiatiques questionnant l'intérêt de la vaccination et son organisation. Notre étude nous a montré que le gouvernement a répondu à ces objections et ces questionnements d'une manière qui ne pouvait être ni sincère ni appropriée.

Ainsi, sur l'organisation de la vaccination et la mise à l'écart des médecins généralistes, le gouvernement a avancé des arguments qui, nous l'avons vu, étaient facilement objectables dans le contexte de la grippe H1N1. Or, la véritable réponse était avant tout que l'Etat fonctionnait selon un dispositif établi pour un autre type de pandémie – un aveu peu imaginable de la part du gouvernement. C'est donc cette absence de réponse crédible qui a laissé la contestation des médecins généralistes se développer. Par ailleurs, dans sa lenteur à autoriser la vaccination en cabinet, le gouvernement a démontré qu'il sous-estimait l'impact d'un tel différend en termes de communication et de discours contradictoires.

C'est d'abord d'une sous-estimation du relais de terrain que constituent les médecins généralistes auprès des Français lors d'une telle campagne de vaccination : un relais sur le plan pratique, complémentaire aux centres de vaccination ; mais également un relais de confiance, très écouté, qui aurait pu mieux contribuer à la propagation du message pro-vaccination du gouvernement auprès de la population.

Le gouvernement a également négligé l'impact médiatique de ce mécontentement des généralistes : celui-ci a en effet ouvert un front supplémentaire de contestation qui, même si il ne portait pas sur l'intérêt ou la qualité du vaccin en lui-même, a ajouté à la cacophonie, aux discours contradictoires et à la mise en difficulté du gouvernement. Nous pouvons faire une analogie avec les politiques publiques en général : la campagne de vaccination évoque

une réforme économique portée par le gouvernement, dont non seulement les syndicats contesteraient le bien-fondé, mais où le patronat se plaindrait de son côté de ne pas avoir été suffisamment associé.

Le gouvernement n'a par ailleurs pas su profiter du relais global que représente Internet, deuxième source d'information médicale chez les Français après les professionnels de santé. Face à un outil permettant de diffuser rapidement et largement une information, les discours remettant en cause la pertinence et la qualité du vaccin n'ont pas été contrés par une communication ciblée, pédagogique et convaincante, répondant point par point aux critiques. Une telle exigence implique non seulement d'offrir des éléments de réponse satisfaisants mais également de savoir les relier aux discours de contestation. La communication, notamment sur le relais qu'est Internet, doit être replacée au centre d'un écosystème où sont mis en relation les différents émetteurs d'information – un écosystème où la parole gouvernementale n'a pas *per se* un statut à part.

Par conséquent, la recherche que nous avons conduite nous permet de réviser notre interrogation sur le manque de contrôle des discours anti-vaccination par le gouvernement. Le terme de *contrôle* paraît caduc dans un univers médiatique et numérique très fragmenté : il est illusoire de penser empêcher les acteurs en désaccord de communiquer – voire même de chercher à dissuader leurs franges les plus extrêmes de le faire. En revanche, il est plus que jamais essentiel de *concurrer* ces discours par une communication satisfaisante, qui sache répondre et expliciter les décisions du gouvernement de manière aussi simple et efficace que ses détracteurs ; et qui montre que le gouvernement est à l'écoute de son environnement, et est capable d'évoluer dans ses décisions si cela est nécessaire pour garantir un meilleur impact du message.

Par ailleurs, le manque d'information ciblée sur les différents publics, et la visibilité croissante des discours allant à contresens des idées communes font émerger un nouvel état d'esprit en matière de décision médicale : une conception « individualiste » du risque en matière de santé²¹², dans laquelle « la capacité de contrôler l'épidémie passe par l'intériorisation que chaque individu peut faire des risques et de sa capacité à définir les situations d'éventuelle exposition »²¹³. Cette individualisation s'accompagne d'une nouvelle responsabilisation : chacun peut « gérer », « manager » le risque qu'il encourt en prenant les mesures qu'il juge adéquates²¹⁴. La notion de risque, considérée par certains auteurs comme « une catégorie de gestion publique des problèmes de santé »²¹⁵, obéit donc désormais à des logiques personnelles qui évaluent le rapport bénéfice / risque d'un traitement, et rend plus difficilement audible un message unique et injonctif de santé publique.

Ce nouveau comportement est particulièrement visible sur le sujet de la vaccination, un type de traitement médical à la fois récurrent (les seuils d'âge, les rappels ou encore les injections conseillées avant un voyage) et varié (grippe, BCG contre la tuberculose, vaccin Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polyomélite...) : ceci permet à certains de faire une sélection « à la carte » des vaccins qu'ils estiment les plus utiles et/ou les plus sûrs. Dans

²¹² Assemblée Nationale, *ibid.*

²¹³ DOZON J.-P. et FASSIN D., *ibid.*, p. 136.

²¹⁴ WALLACE A., « An Epidemic of Fear: How Panicked Parents Skipping Shots Endangers Us All », *Wired*, 2009, 17.11.

Disponible sur < http://www.wired.com/magazine/2009/10/ff_waronscience > (Consulté le 08/05/2011).

²¹⁵ DOZON J.-P. et FASSIN D., *ibid.*, p. 130.

le cas de la grippe A, on peut par exemple en déduire qu'une partie des 90% de parents n'ayant pas fait vacciner leurs enfants de 2 à 11 ans a estimé que ce rapport n'était pas favorable au vaccin.

Au-delà du simple constat sur l'individualisme croissant de nos sociétés, cette évolution est à relier à deux grandes tendances. La première est celle initiée par la communication en santé publique, désormais axée sur la responsabilisation des citoyens : « Votre contraception, à vous de choisir la vôtre » ; « C'était hier. Aujourd'hui, vous connaissez les risques du tabagisme passif ». Le but de cet angle responsabilisant est de démontrer que certaines pathologies ne sont pas inéluctables, et nécessitent seulement un changement du comportement de l'individu pour les éviter. Toutefois, en transférant à l'individu la responsabilité de prévenir ces pathologies, ces messages lui transmettent également le choix du traitement.

Ce phénomène converge alors vers une deuxième tendance, qui est celle de la recherche d'information médicale sur Internet, sur des sites et des forums tels que Doctissimo. Il est à noter que ce type de démarche se construit rarement en opposition à la parole du médecin, et tend plutôt à l'accompagner : en effet, en tant que professionnel connaissant bien le patient, le médecin cadre tout à fait avec ce besoin d'individualisation. En revanche, elle peut contribuer à la décredibilisation des experts sanitaires et des recommandations générales en santé publique.

En conclusion, il est essentiel que ces impératifs d'un message ciblé, concret et convaincant soient au cœur de la stratégie de communication du gouvernement : si l'absence de réelle pandémie a rendu le dispositif et l'axe de communication décalés par rapport à la situation, une stratégie similaire nous paraît insuffisante en cas de vraie crise, dans une situation où le temps est compté.

Liste des sources citées

Ouvrages scientifiques

- DOZON J.-P. et FASSIN D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris : Balland, 2001, 362 p.
- HASSENTEUFEL P., *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris : Presses de Sciences Po, 1997, 364 p.
- ROMEYER H. (dir.), *La santé dans l'espace public*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2010, 214 p.
- ROUTIER C. et D'ARRIPE A. (dir.), *Communication & santé : enjeux contemporains, collection Santé et sciences sociales*, Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2010, 2

Ouvrages

- BENOIT J.-M. et SCALE J., *Bleu Blanc Pub. Trente ans de communication gouvernementale en France*, Paris : Le Cherche Midi, 2008, 221 p.
- BRONNER G. et GEHIN E., *L'inquiétant principe de précaution*, Paris : Presses Universitaires de France, 2010, 192 p.
- DERENNE P. et BRICAIRE F., *Pandémie. La grande menace ?*, Paris : Fayard, 2005, 325 p.

Périodiques

- AKRICH M. et MEADEL C., « Les échanges entre patients sur l'Internet », *La Presse Médicale*, 2009, volume 38, n° 10, p. 1484-1490.
- BLUM-BOISGARD C., et al. « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? », *Santé publique*, 2005, volume 17, n° 4, p.569-582.
- BOURDILLON F. et al., « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, 2008, volume 20, n°5, p. 489-500.
- BRUCKER G., « Les maladies de la décennie », *Les Tribunes de la santé*, 2009, volume 4, n° 25, p. 39-49.

- DANZON M., « Décisions et controverses », *Les Tribunes de la santé*, 2010, n° 27, p. 111-116.
- DE BOY L. et al., « Analyse de la communication de la Commission Européenne de février 2000 au regard des débats actuels sur le principe de précaution », *De Boeck Université | Revue internationale de droit économique*, tome 15, n° 2, p. 127-160.
- DORMONT B. et SAMSON A.-L., « Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations », *Economie et statistique*, 2008, n° 414, p. 3-30.
- DOURGNON P. et al., « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, 2007, n° 124, p. 1-4.
- DREES (dir.), « Attitudes et pratiques des médecins généralistes de ville relatives à la vaccination en général et à celle contre la grippe A/H1N1 en 2009 », *Etudes et résultats*, 2011, n° 770, p. 1-8.
- FLAHAUT A., « Gestion d'une crise sanitaire : l'exemple du chikungunya », *Les Tribunes de la santé*, 2009, volume 1, n° 22, p. 53-66.
- GRANJON F. et LE FOULGOC A., « Les usages sociaux de l'actualité. L'Expérience médiatique des publics internautes », *Réseaux*, 2010, volume 2, n° 160-161, p. 225-253.
- GUTHMANN J.-P. et al., « Insuffisance de couverture vaccinale grippale A (H1N1) 2009 en population générale et dans les groupes à risque durant la pandémie 2009-2010 en France », *BEHWeb*, 2010, n° 3, p. 1-6.
- LAMOUREUX P., « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Sève*, 2005, p. 35-42.
- MERCANTI-GUERIN M., « Analyse des réseaux sociaux et communautés en ligne : quelles applications en marketing ? », *Management & Avenir*, 2010, volume 2, n° 32, p. 132-153.
- MINO J.-C., « Lorsque l'autonomie du médecin est remise en cause par l'autonomie du patient : le champ hospitalier de l'éthique clinique aux États-Unis et en France », *Revue Française des Affaires sociales*, 2002, volume 3, n° 3, p. 69-102.
- PROFESSIONS SANTE AUVERGNE, « Grippe aviaire : formez-vous », *Professions santé Auvergne*, 2006.
- SCHWARZINGER M. et al., « Low Acceptability of A/H1N1 Pandemic Vaccination in French Adult Population: Did Public Health Policy Fuel Public Dissonance? », *Vaccine*, 2010, volume 28, n° 15, p. 2743-2748.
- SETBON M. et RAUDE J., « Le chikungunya à la Réunion : facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux en situation épidémique », *I.N.E.D | Population*, 2008, volume 3, p. 555-583.
- TABUTEAU D., « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010, volume 1, n° 26, p. 103-121.
- TOUBOUL A. et VERCHER E., « Communication et santé : entre rationalité marchande, logique d'information et communautés d'intérêts », *tic&société*, 2008, volume 2, n° 1, p. 46-63.

Rapports, comptes-rendus de colloques et mémoires

- Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)*, n°2698, Paris : Assemblée Nationale, 2011.
- BRAS P.-L. et DUHAMEL G., *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins*, RM2008-124P, Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2008.
- Cap' Com, *Guide méthodologique et pratique des marchés publics de communication*, Lyon : Cap' Com, 2010.
- Cour des Comptes, *La campagne de lutte contre la grippe A(H1N1) : bilan et enseignements . Rapport public annuel 2011*, Paris : Cour des Comptes, 2011.
- Eurocos Humanisme & Santé, *XIIIe journées de réflexion Eurocos Humanisme & Santé : Santé médiatisée. La force des images et des représentations*, 2007, Strasbourg, Paris : Editions de Santé, 2008, 233 p.
- Ifop, *Observatoire des réseaux sociaux. Octobre 2010 – Vague 5*, Paris : Ifop, 2010.
- MAIRE J., *Etude du taux de vaccination antigrippale A (H1N1) chez les médecins généralistes libéraux. Facteurs positifs et négatifs ayant influencé leur décision*, Thèse de docteur en médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier, 2010.
- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, Paris : Ministère de la Santé, 2008.
- Sénat, *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative à l'utilisation des fonds mobilisés pour la lutte contre la pandémie grippale A(H1N1)*, n°270, Paris : Sénat, 2011.
- WALLET-JOVART D., *Médecins généralistes libéraux et communication de l'Etat dans la préparation à la pandémie grippale en Essonne*, Mémoire de médecin inspecteur en santé publique, Rennes : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2006.

Communications

- ALLEN J. et al., *Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille*, Barcelone : WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille), 2002.
- Assemblée Nationale, *Audition, ouverte à la presse, de M. Serge Lasvignes, secrétaire général du Gouvernement, et de Mme Véronique Mély, directrice du service d'information du Gouvernement (SIG), sur le projet de loi de règlement pour 2010 (n° 3507) : l'activité et les moyens du SIG*, 15 juin 2011.

BACHELOT-NARQUIN R., discours aux députés de l'Assemblée Nationale, 1^{er} juillet 2009.

BACHELOT-NARQUIN R., conférence de presse sur la grippe H1N1, 26 novembre 2009.

Commission des Communautés Européennes, *Communication de la Commission sur le recours au principe de précaution*, COM(2000) 1, Bruxelles : Commission des Communautés Européennes, 2000.

LECINSKI J., *ZMOT. Winning The Zero Moment of Truth*, Mountain View (USA) : Google, 2011.

PARTOUCHE H. et al., *Déterminants de la vaccination contre la grippe A(H1N1) 2009 : enquête auprès des patients de médecins généralistes français*, étude Motivac, 2011.

Info' pandémie grippale : <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr>

Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/>

Institut national de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/>

Portail du Gouvernement : <http://www.gouvernement.fr>

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) <http://www.csmf.org/>

MG France : <http://www.mgfrance.org/>

Ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/>

Flu.gov : <http://www.flu.gov/>

Bibliographie complémentaire

CRESSON G., DRULHE M. et SCHWEYER F.-X. (dir.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes : Editions ENSP, 2003, 288 p.

LECOURT D. (dir.), *La santé face au principe de précaution*, Paris : Presses Universitaires de France, 2009, 191 p.

MOIRAND S., *Les discours de la presse quotidienne. Observer, analyser, comprendre*, Paris : Presses Universitaires de France, 2007, 159 p.

PINELL P. (dir.), *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*, Paris : Presses Universitaires de France, 2002, 415 p.

Liste des sigles utilisés

- AMM :Autorisation de mise sur le marché
ARS :Autorité régionale de santé
CDC :Center for Disease Control and Prevention
CHT :Communauté hospitalière de territoire
CIC :Cellule interministérielle de crise
CMU :Couverture médicale universelle
CNOM :Conseil national de l'ordre des médecins
CSMF :Confédération des syndicats médicaux français
DGS :Direction générale de la Santé
DREES :Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GROG :Groupement régional d'observation de la grippe
HCSP :Haut conseil de la santé publique
HPST :Hôpital, patients, santé et territoire (loi de réforme de l'hôpital d'avril 2009)
INSERM :Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES :Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS :Institut de veille sanitaire
OMS :Organisation mondiale de la santé
ONU :Organisation des nations unies
RSI :Règlement sanitaire international
SGB :Syndrome de Guillain-Barré
SIG :Service d'information du gouvernement
SRAS :Syndrome respiratoire aigu sévère
T2A :Tarification à l'activit

Annexes



**A consulter sur place au Centre de Documentation
Contemporaine à Sciences-po Lyon**