

Institut d'ethnologie

Faculté des lettres et des sciences humaines

- Rue Saint-Nicolas 4
- CH-2000 Neuchâtel
- <http://www.unine.ch/ethno>

Nolwenn BÜHLER VIREDAZ
Rue de la Louve 12 – 1003 Lausanne
Tél. 021 311 87 88
nolwenn.buehlerviredaz@unil.ch

Nolwenn BÜHLER VIREDAZ

Le vaccin anti-HPV, "un bon outil pour la tâche"?

Etude de l'implantation de la vaccination préventive du cancer du col
de l'utérus dans le canton de Vaud.



Mémoire de licence en ethnologie

19 mai 2010

Directrice du mémoire : Mme Anne Lavanchy
Membre du jury : M. Francesco Panese

RESUME

Cette étude a pour objectif d'identifier et d'analyser les moyens discursifs et pratiques permettant de construire le vaccin anti-HPV¹ comme un « bon outil pour la tâche » (Clarke et Fujimura, 1996) dans le cadre de l'implantation de la vaccination dans le canton de Vaud durant l'année scolaire 2008-2009. Elle s'inscrit dans les courants interdisciplinaires des études genre et des études sociales des sciences et de la médecine. Elle est basée principalement sur l'analyse de deux types de discours. La majeure partie du matériel analysé provient d'entretiens semi-directifs de type qualitatif menés auprès de médecins – expert-e-s, praticien-ne-s et responsables de santé publique – ainsi que d'infirmières scolaires, engagé-e-s dans la mise en place de la vaccination. D'autres sources écrites, telles que documents de santé publique, articles de la presse romande et articles médicaux et scientifiques viennent alimenter et enrichir l'analyse.

Le travail est structuré en trois parties, chacune abordant l'un des pôles s'articulant autour du vaccin : une maladie, une campagne et une population. L'analyse permet de montrer qu'en rendant le vaccin anti-HPV gratuit et accessible au plus grand nombre (partie 3), cet outil répond à un devoir de santé publique qui est de protéger le bien collectif avec les moyens existants et d'éviter la reproduction d'inégalités socio-économiques. Cependant, ceci n'est rendu possible qu'en construisant la tâche du vaccin comme celle de sauver les jeunes filles – considérées comme les victimes innocentes de leurs fragilités biologiques et de la « qualité de leur partenaire », c'est-à-dire du passé sexuel de ces derniers (partie 4) – d'une maladie – le cancer du col de l'utérus – construite comme menace sanitaire importante et risque mortel très présent dans leur vie (partie 2). L'analyse permet également de montrer que la tâche du vaccin est reconfigurée selon les intérêts locaux, institutionnels et professionnels, des médecins et infirmières engagé-e-s dans la promotion de la vaccination, qui, malgré leurs critiques, considèrent celle-ci comme l'opportunité de bien faire leur travail en accord avec leurs valeurs professionnelles. L'assignation de l'outil à une tâche hautement valorisée, ainsi que la reconfiguration locale de cette tâche par les professionnel-le-s sont les deux éléments principaux permettant de stabiliser le vaccin comme « un bon outil ».

¹ « Les papillomavirus humains (HPV) constituent une famille avec plus de 120 variétés différentes dont une quarantaine environ présente un tropisme marqué pour les muqueuses ano-génitales » (Dachez, 2008 :19). Pour plus d'informations, voir annexe II.

REMERCIEMENTS

Arrivée au terme de ce travail, je tiens à remercier toutes les personnes sans qui il n'aurait pu être réalisé. Tout d'abord, un grand merci à tou-te-s les médecins et infirmières scolaires qui ont pris le temps de me rencontrer et de partager avec moi leur expérience de la mise en place de la vaccination anti-HPV. Leurs réflexions et leurs questions m'ont permis d'appréhender toute la complexité de leur tâche dans le cadre de cette vaccination. Un grand merci également, aux chercheur-euse-s et professeur-e-s qui ont accompagné l'élaboration de ce mémoire de leurs conseils, suggestions, encouragements, et qui m'ont permis d'avoir accès à certains articles non-publiés : Ilana Löwy, Andrea Stockl, Anne Lavanchy et Francesco Panese. Un merci particulier à ces deux derniers pour leur précieuse relecture, attentive et constructive, qui m'a permis de progresser.

Je tiens à remercier ensuite mes proches, ami-e-s et famille, qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus universitaire et particulièrement dans cette étape finale de la réalisation du mémoire. Ils-elles ont cru en moi et en ma capacité à mener ce travail à terme, m'ont soutenue dans les moments de découragement, se sont occupé de Zoé et certain-e-s on relu avec attention mon manuscrit. Merci pour leur indéfectible soutien : Anaïs, Laurent, Anne-Laure, les deux Viviane, Valérie, Daphné, les deux Myriam, Virginie, Jérôme, Sophie, Julien, Nicole, Marie-Madeleine. Un merci spécial à Christel pour les discussions ESS qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion. Pour finir, je tiens à remercier Nicolas pour sa présence amoureuse à mes côtés au quotidien.

Je dédie ce mémoire à Zoé, petit rayon de soleil,
et à l'enfant à venir...

TABLE DES MATIERES

RESUME	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES.....	5
1. POUR COMMENCER : PREMISSES ET JALONS D'UNE REFLEXION	7
1.1. INTRODUCTION	7
1.2. PROBLEMATIQUE	8
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	10
1.4. METHODOLOGIE	11
1.4.1. Motivations de départ : quand intérêt théorique et actualité d'un sujet se rencontrent.....	11
1.4.2. Terrain : de la réflexivité des médecins et infirmières et de l'enchevêtrement des enjeux.....	12
1.4.3. Analyse des données : entre la production du vaccin et ce que le vaccin produit	21
1.4.4. Rédaction et choix d'écriture.....	23
1.5. CADRE DE REFERENCE.....	24
1.5.1. Etudes sociales des sciences et de la médecine : outil, tâche et adéquation, un processus de co- construction	24
1.5.2. Vaccination : liberté individuelle et bien collectif, deux principes en contradiction ?	28
1.5.3. Santé publique : bio-politique des populations, risque et gouvernement des corps	31
1.5.4. Etudes genre : de la critique de la médicalisation du corps des femmes à la déconstruction du lien entre sexe, genre et sexualité	35
2. FAIRE DU CANCER DU COL UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE SAILLANT : PRODUCTION DE RISQUE ET D'ANXIETE.....	40
2.1. HISTOIRE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS: QUELQUES JALONS	41
2.1.1. Rigoni- Stern : nonnes, vierges et prostituées.....	41
2.1.2. Papanicolau : quand le cancer devient pré-cancer	42
2.1.3. Zur Hausen ou l'attestation du lien entre papillomavirus humains et cancer du col de l'utérus	43
2.1.4. Le dépistage par frottis cytologique en Suisse : histoire d'un succès et d'un échec	45
2.2. LE CANCER DU COL, UNE URGENCE SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE ?	51
2.2.1. Quelques éléments d'épidémiologie : <i>Vaccine</i> ou la mise en relation d'une pathologie avec une population	52
2.2.2. La version épidémiologique du cancer du col de l'utérus dans les discours médicaux, de santé publique et médiatique : l'effacement du reste du monde	55
2.2.3. La brochure d'information aux élèves : faire peur, mais pas trop !	60
2.3. CANCER OU MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE : DE QUEL RISQUE PARLENT-ILS ?	64
2.3.1. Le cancer, fléau du 20 ^{ème} siècle	65
2.3.2. Infection sexuellement transmissible. D'une vie sexuelle dangereuse au sentiment de surprotection : un risque à plusieurs facettes	70
2.4. HPV ET CANCER DU COL : EFFACEMENT D'UNE COMPLEXITE	74
2.4.1. Un vaccin contre un cancer, une appellation techniquement justifiée ?	74
2.4.2. Cancer du col = HPV. HPV = cancer du col ? Un équation complexe.....	76
3. ORGANISER UNE CAMPAGNE DE VACCINATION : RENDRE LE VACCIN GRATUIT ET ACCESSIBLE.....	79
3.1. CALCULER DES COUTS ET GERER DES INCERTITUDES AVEC DES MODELES MATHEMATIQUES	81
3.1.1. Pourquoi recommander un vaccin ? Passage par une grille d'évaluation.....	81
3.1.2. Des coûts, du bénéfice et du rapport entre les deux	84
3.1.3. Les incertitudes : de vraies questions ou une manière émotionnelle de mettre en cause la vaccination ? Regards de quelques médecins	87
3.2. NEGOCIER UN PRIX ET DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	91
3.2.1. Attente, sentiment d'urgence et médecine à deux vitesses	91
3.2.2. Les conditions d'un remboursement : achat en gros et vaccination à grande échelle.....	94

3.2.3. Les négociations : rapports de pouvoir entre santé publique, assurances et firmes pharmaceutiques ..	96
3.3. METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES CANTONAUX	99
3.3.1. Gérer des flux de vaccins et des flux financiers : une forme d'« auto-goal » ?.....	99
3.3.2. 16 francs pour les médecins privés, pas assez ?	102
3.3.3. Elargir le champ des professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prévention du cancer du col	106
4. CONSTRUIRE UNE CATEGORIE DE PERSONNES VACCINABLES ET NORMER DES SEXUALITES : DES JEUNES FILLES VIERGES, HETEROSEXUELLES, RATIONNELLES ET SOUCIEUSES DE LEUR SANTE.....	113
4.1. LA FRONTIERE DE L'AGE : DES ADOLESCENTES VIERGES ET MERES EN DEVENIR.....	114
4.1.1. L'âge des premiers rapports sexuels : à la recherche de jeunes filles vierges	114
4.1.2. Des adolescentes, soucieuses de leur santé et aptes à décider pour elles-mêmes	120
4.2. LA FRONTIERE DES SEXES : UNE POPULATION-CIBLE DE JEUNES FILLES... MAIS OU SONT LES HOMMES ? ..	124
4.2.1. Des porteuses d'utérus futures mères : une évidence implicite	124
4.2.2. Des hommes vecteurs, des femmes victimes	127
4.3. LA FRONTIERE DES SEXUALITES : DE L'HETEROSEXUALITE COMME NORME.....	132
4.3.1. De celles et ceux qui en sont exclu-e-s... ..	133
4.3.2. De celles et ceux qui en sont inclu-e-s	135
5. POUR CONCLURE... ..	138
5.1. LE VACCIN ANTI-HPV, LE BON OUTIL POUR QUELLE TACHE ?.....	138
6. BIBLIOGRAPHIE	147
ANNEXES	I
I. Grille d'évaluation de la CFV	I
II. Histoire naturelle et épidémiologie des infections HPV : quelques repères	II
III. Brochure d'information distribuée dans les écoles du canton de Vaud	IV

1. POUR COMMENCER : PREMISSES ET JALONS D'UNE REFLEXION

1.1. INTRODUCTION

Epidémie de rougeole. Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) en prévention du cancer du col de l'utérus. Pandémie de Grippe H1N1. Trois événements que les hasards du calendrier ont fait se succéder en Suisse entre 2008 et 2009 mettant les vaccins, ainsi que les débats de santé publique qui les entourent, sur le devant de la scène médiatique : « Rougeole un retour qui n'en finit pas » (Petit-Pierre, *Le Temps*, 07.03.08). « Vers une vaccination obligatoire contre la rougeole ? » (Agences, *Le Temps*, 12.02.09). « Vaccin contre le cancer du col de l'utérus : nous a-t-on tout dit ? » (Riva, *Le Matin*, 30.03.08). « Le vaccin contre le HPV est-il vraiment nécessaire en Suisse ? » (Weber, *24 Heures*, 6-7.06.09). « Prudence justifiée face à la grippe H1N1, trop tôt pour crier victoire » (AFP, *24 Heures*, 29.12.09). « Grippe A : La Suisse va offrir ou revendre 4,5 millions de vaccins » (ATS, *24 Heures*, 17.12.09). Comme le montrent ces quelques titres d'articles tirés de la presse romande, les vaccins soulèvent de nombreuses questions éthiques, économiques et politiques liées à la gestion de la santé des populations. Ainsi les notions de responsabilité individuelle et collective, de limites de l'autorité parentale, de solidarité et d'intérêt public se sont trouvées au cœur des débats, venant remettre au goût du jour la question de l'obligation de vacciner (Kuntz, *Le Temps*, 21.02.09 ; ATS, *Le Temps*, 16.02.09). Dans un contexte où les discussions sur les coûts de la santé sont très présentes², les notions d'utilité, de financement, d'efficacité et d'inégalité nord-sud dans la distribution des vaccins sont également largement discutées et relayées par les médias. Ces débats apparus de manière forte à l'occasion de ces trois campagnes s'inscrivent dans la longue histoire des vaccinations qui commence en Occident avec la « vaccine » de Jenner (1749-1823) dans la lutte contre la variole au 18^{ème} siècle (Faure, 2004 : 1185-1186). Ils sont en même temps révélateurs du changement opéré par le passage à la biologie moléculaire faisant des vaccins des produits de haute technologie risquant de devenir des produits de luxe aux prix très élevés et non plus « [...] ces anciens remèdes du pauvre, instrument idéaux des soins de santé primaires [...] » (Moulin, 1996 : 23).

² Les protestations et la grève des médecins en mars-avril 2009 en réaction aux nouveaux tarifs de laboratoire imposés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en sont un bon exemple (Arsever, *Le Temps*, 11.03.09 ; Favrod-Coune, *Le Temps* 23.03.09).

Ces trois épisodes de vaccination mettent tous en scène un vaccin autour duquel s'articulent en des modalités différentes une maladie à éliminer, la mise en place d'une campagne de vaccination et une population-cible. La définition du mal dont il faut se protéger, de la population à vacciner et des moyens pour y parvenir, ainsi que les normes et valeurs en jeu, divergent selon chaque cas. Les trois éléments entourant chaque vaccin, bien que pouvant être étudiés séparément, se trouvent en même temps profondément liés. En effet, la manière dont une maladie est définie, notamment par son histoire naturelle³ et son profil épidémiologique, va déterminer les moyens mis en place pour la prévenir, ainsi que la population qu'elle vient protéger. Définir la grippe A comme une pandémie entraînera la mise en place de moyens sanitaires différents de ceux mis en place annuellement pour la grippe saisonnière par exemple. De même, il est rare que la population en entier soit visée en même temps de manière égale par une vaccination. Il s'agit parfois de vacciner les enfants, ou les adolescent-e-s, ou les femmes enceintes, dessinant ainsi une cartographie de personnes à risque dont les caractéristiques d'âge et de genre ne sont pas neutres en termes de biopolitique des populations (Fassin, 1996). Les valeurs et normes en jeu dans chaque vaccination varient également. Avec l'épidémie de rougeole et la pandémie de grippe, maladies fortement contagieuses, la notion de solidarité liée au fait de se protéger pour protéger les autres apparaît, par exemple, de manière beaucoup plus forte que pour les HPV qui, se transmettant par voie sexuelle, sont plus limités dans leur propagation. Finalement, alors que les vaccins contre la grippe A et contre la rougeole ont suscité de nombreuses résistances, le vaccin contre les HPV semble avoir été très bien accepté ou du moins aucune frange de la population n'a été clairement désignée comme opposée à cette vaccination, alors que les élèves de l'Ecole Steiner l'ont été pour la rougeole et les infirmier-ère-s pour la grippe A (Plattner, *Le Matin*, 22.11.09).

1.2. PROBLEMATIQUE

Dans le cadre de ce travail, j'ai choisi d'étudier plus spécifiquement le vaccin contre les papillomavirus humains en prévention du cancer du col de l'utérus. Vaccin que je considérerai dans un premier temps comme atypique car ne semblant pas mettre en jeu le bien collectif de la même manière que celui de la rougeole ou de la grippe par exemple. En effet, il ne vise qu'une partie de la population – les jeunes filles de 11 à 19 ans – et cible un problème de

³ Le terme d'« histoire naturelle » d'une maladie est utilisé par les scientifiques et les médecins pour désigner le développement, la progression et l'évolution d'une maladie. Concernant celle des infections à HPV, voir annexe II.

santé faisant déjà l'objet de mesures de santé publique que sont les dépistages par frottis (Pap test)⁴. Ce vaccin, venant signer le lien entre un virus et un cancer, met en jeu une maladie – le cancer du col de l'utérus – qu'il vient prévenir au travers de la mise en place d'une campagne de vaccination à grande échelle visant les jeunes filles « vierges », le virus du papillome humain étant transmis sexuellement. Afin d'analyser la manière dont s'articulent les trois pôles de la maladie, de la campagne et de la population-cible, j'ai choisi de m'intéresser à cette étape biographique (van der Geest et al., 1996) particulière de la vie du vaccin que constitue son inscription dans un dispositif de santé publique dans le cadre de la mise en place d'une campagne de vaccination. Cette étape est intéressante car elle permet de suivre le vaccin à la sortie du laboratoire – où il n'est encore connu que d'un cercle limité de chercheur-euse-s et de médecins – au moment où il entre dans la « société », moment révélateur de normes, de pratiques, de valeurs et d'enjeux encore ouverts et débattus et que le vaccin vient cristalliser. Partant du principe qu'un objet technique tel que ce vaccin n'est ni bon ni mauvais en soi, mais qu'il le devient de par les pratiques et discours dans lesquels il s'inscrit, cette étape permet d'étudier le devenir du vaccin ou le processus par lequel il en vient à « porter » et produire certaines valeurs et normes.

En Suisse, l'autorisation de mise sur le marché du vaccin contre les HPV a été donnée par Swissmedic en décembre 2006. Les recommandations le concernant ont été publiées par la CFV (Commission Fédérale pour les Vaccinations) et l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) en juin 2007 et il a commencé à être distribué à grande échelle lors de la rentrée scolaire 2008, une fois les décisions concernant son remboursement arrêtées. Présenté comme un vaccin contre le cancer du col de l'utérus, il est destiné aux jeunes fille de 11 à 15 ans, puis en rattrapage de 15 à 19 ans, soit avant le début présumé des rapports sexuels. Ce vaccin est considéré par certain-e-s comme une innovation « révolutionnaire » car premier vaccin contre un cancer et source importante d'amélioration de la santé des femmes. Alors que par d'autres, il est jugé comme étant trop cher, mis trop rapidement sur le marché, avec trop peu de recul, son utilité ainsi que la confiance dans les autorités ayant décidé de sa distribution à grande échelle étant mises en question. Malgré ces controverses, la diffusion de ce vaccin est une réussite en termes d'acceptation, ce qui peut paraître paradoxal, dans le sens où jusque là le

⁴ « Le frottis, encore appelé test de Papanicolau, est un test de dépistage des anomalies des cellules du col. Son objectif est de détecter les modifications précoces et bénignes de cellules qui peuvent éventuellement être à risque de cancer. [...]Le frottis est en général pratiqué par un médecin, le gynécologue le plus souvent, mais aussi parfois par un généraliste. Durant votre consultation, l'examen se déroulera sur une table gynécologique, à l'aide d'un spéculum qui permet d'écarter les parois vaginales et d'accéder au fond du vagin sur cette zone en relief, bombée, que nous avons décrite précédemment : le col de l'utérus » (Monsonégo, 2007 : 70-71).

cancer du col de l'utérus était considéré comme une pathologie bien maîtrisée grâce au dépistage par frottis du col, son lien avec les papillomavirus n'était que très peu connu du grand public et il n'apparaissait pas, en Suisse, comme un problème de santé publique de première importance, ni ne s'inscrivait dans le registre des épidémies menaçant toute une population. On voit ainsi que si le vaccin apparaît au final comme un « bon outil pour la tâche » (Clarke et Fujimura, 1996), ce n'était pas une évidence donnée *a priori*. Il est alors intéressant de se pencher sur les moyens – discursifs et pratiques – qui permettent de faire de ce vaccin « un bon outil pour la tâche » qu'on lui attribue, et de réfléchir à la manière dont cette tâche est construite.

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

Il s'agira, dans ce travail, d'identifier et analyser les moyens discursifs et pratiques permettant de faire du vaccin anti-HPV un « bon outil », de me demander pour qui, et en adéquation avec quelle tâche, dans le cadre de l'implantation de la vaccination dans le canton de Vaud. Dans ce but, il s'agira de réfléchir à la manière dont les trois pôles, qui se construisent autour d'un vaccin – une maladie, une campagne, une population – s'inscrivent dans le schéma conceptuel du « right tool for the job » de rechercher ce qui relève de l'outil, de la tâche, ainsi que ce qui permet de les rendre mutuellement adéquat. Cette question constituera le fil rouge de mon travail qui sera structuré en trois parties, chacune abordant un des éléments liés au vaccin.

Dans la première partie, je m'intéresserai à la manière dont est décrite et qualifiée la pathologie que vient prévenir le vaccin anti-HPV, le cancer du col de l'utérus. Je rechercherai en quoi l'arrivée du vaccin sur le marché éclaire d'un jour nouveau ce problème de santé, tant du point de vue de son histoire naturelle, que de son profil épidémiologique et me demanderai notamment comment l'entité « cancer du col de l'utérus » construite au temps du vaccin s'inscrit dans une discontinuité ou continuité historique avec celles élaborées précédemment. Je montrerai comment la « visibilité »⁵ du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique majeur et risque très présent dans la vie des jeunes femmes est source de production d'anxiété participant de la construction du vaccin comme « bon outil ».

⁵ J'utilise ce terme dans le sens de rendre « visible » ou « saillant » (Daston, 2000). Voir point 1.5.1. pour plus d'explications quant à son utilisation.

La deuxième partie sera centrée sur les aspects pratiques de la campagne de vaccination mise en place. Il s'agira de retracer les différentes étapes de la trajectoire (van der Geest et al. 1996) du vaccin de sa mise sur le marché à sa mise à disposition physique et financière auprès de la population-cible. En prenant la question très discutée des enjeux financiers posés par la vaccination comme fil rouge, je montrerai comment rendre le vaccin gratuit et accessible permet d'en faire un « bon outil pour la tâche ».

Dans la troisième partie, j'étudierai la catégorie de personnes vaccinables construite comme population-cible de cette vaccination dessinant une limite entre ce qui relève de l'individu et du collectif. Je m'interrogerai sur ses caractéristiques, sur l'organe autour duquel elle est définie, sur les différences qu'elle produit et les comportements qu'elle contribue à normer (Hacking, 2001-2002). Dans ce but, je m'intéresserai aux frontières d'âge, de sexe et de sexualité, qu'elle vient consolider et me demanderai en quoi celles-ci contribuent à faire du vaccin « un bon outil ».

Dans une dernière partie conclusive, je reviendrai sur ma question principale et y répondrai en reprenant les différents éléments développés au fil du travail. Je m'arrêterai spécialement sur la question de la tâche assignée au vaccin, qui au début du travail m'apparaissait comme évidente – le vaccin vient prévenir le cancer du col de l'utérus – et qui s'est éclatée en diverses facettes au fil de mon analyse.

1.4. METHODOLOGIE

1.4.1. Motivations de départ : quand intérêt théorique et actualité d'un sujet se rencontrent

Ce travail est né à la fois du désir de travailler dans certains champs théoriques – ceux des études sociales des sciences et de la médecine et des études genre – et à la fois de l'actualité sanitaire de ma région faisant de la vaccination HPV un sujet « en train de se faire »⁶, particulièrement intéressant à explorer. Durant mon cursus, je me suis spécialisée en anthropologie – ma branche principale – et plus spécialement dans ces nouveaux courants interdisciplinaires que sont les études sociales des sciences et de la médecine – s'intéressant à la production et la circulation des objets scientifiques et médicaux – et les études genre – étudiant la construction des catégories du masculin et du féminin et les rapports entre les

⁶ Fait référence à la « science en train de se faire » par opposition à la « science toute faite » (Latour, 1989).

hommes et les femmes en société. Au bénéfice d'une première formation d'infirmière, les questions et réflexions développées dans ces champs d'étude m'ont permis de porter un regard réflexif et critique sur le monde médical et sanitaire dans lequel s'inscrit cette profession et ont renforcé mon intérêt premier pour les problématiques touchant les domaines de la santé et de la médecine. Lors de la rentrée universitaire 2008, période où je commençais à rechercher plus activement un sujet de mémoire s'inscrivant dans ces domaines, la vaccination contre les papillomavirus humains en prévention du cancer du col de l'utérus a été introduite dans les écoles du Canton de Vaud, suscitant débats et questionnements largement relayés dans les médias. Avec cette campagne de vaccination, je trouvais un objet scientifique (fabriqué dans un laboratoire), médical (lié à une maladie, le cancer du col de l'utérus, faisant l'objet d'une grille de lecture médicale) et sanitaire (les vaccins, outils de prévention primaire⁷, s'inscrivent dans les politiques de santé publique visant à maintenir les populations en bonne santé) et des jeunes filles « vierges », bref du genre. J'avais trouvé un sujet de mémoire : un vaccin genré... mais un vaccin compliqué car se trouvant à l'intersection d'une histoire de la vaccination (Moulin, 1996 ; Colgrove, 2006) mettant en jeu les notions de contagion, d'épidémie, de prévention, ainsi que les frontières entre ce qui relève de l'Etat et ce qui relève de l'individu, d'une histoire du cancer construit comme le fléau du 20^{ème} siècle (Pinell 1992) et finalement d'une histoire de maladies sexuellement transmissibles avec ce qu'elles véhiculent en termes de moralité et de jugement sur les comportements sexuels non-conformes aux normes dominantes. Restait à me lancer dans l'étude de cet enchevêtrement particulier...

1.4.2. Terrain : de la réflexivité des médecins et infirmières et de l'enchevêtrement des enjeux

Comment faire un terrain ethnographique quand l'objet étudié est un vaccin ? Quelles pratiques observer ? Qui interviewer ? Ma première idée a été de suivre le vaccin, comme le propose Marcus (1995 et 2002) dans sa réflexion sur le terrain ethnographique « *post linguistic turn* ». J'aurais voulu suivre sa trajectoire de sa conception dans un laboratoire à son injection dans le corps d'une jeune fille en réfléchissant aux différentes requalifications qu'il prend selon les étapes traversées (Latour, 2006). Cette idée était soutenue par les études faites

⁷ « L'OMS [Organisation Mondiale de la Santé] décompose la prévention sur trois niveaux : la prévention primaire dont l'action entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements avant qu'ils n'existent ; la prévention secondaire qui entend enrayer un processus ou l'aggravation d'une situation déjà détériorée ; la prévention tertiaire qui cherche à éviter un ancrage ou une rechute » (Ktüsél, 2002).

sur les médicaments (van der Geest, Reynolds White, Hardon, 1996) qui proposent d'étudier leur vie sociale ou de faire leur biographie, s'inscrivant ainsi dans la lignée de *The social life of things* de Appadurai (1986). Mais je me suis vite rendue compte de l'ampleur de ce projet et surtout de sa non-faisabilité dans le cadre d'un mémoire de licence et ai décidé de me centrer sur une étape particulière qui était celle par laquelle ce vaccin avait acquis une grande visibilité aux yeux du public et avait attiré mon attention : la mise en place de la vaccination. Me rendant compte que les recommandations fédérales étaient appliquées différemment selon chaque canton, j'ai choisi de restreindre mon étude au canton de Vaud, en essayant de retracer le réseau socio-sanitaire dans lequel s'inscrit ce vaccin.

Je me suis lancée rapidement sur le terrain. D'une part, pour des raisons de calendrier – il fallait que je puisse atteindre les personnes alors que le sujet de la vaccination anti-HPV était encore « chaud » et avant la période estivale généralement moins propice aux contacts – et d'autre part, en me basant sur le principe du terrain ethnographique qui est inductif, c'est-à-dire qui « consiste à remonter des faits à la loi, de cas donnés le plus souvent singuliers ou spéciaux, à une proposition plus générale » (Petit Robert, 2002). Je suis ainsi partie sur le terrain munie d'une question assez générale avec l'idée que ma problématique allait se préciser et s'affiner au fil du terrain. Mon but tel que je l'ai formulé dans un premier temps pour mes interlocuteur-trice-s était d'étudier l'historique du vaccin anti-HPV, ainsi que le réseau socio-sanitaire et le dispositif de prévention dans lequel il s'inscrit, et de comprendre quels étaient les différent-e-s acteur-rice-s – institutions et professionnel-le-s de la santé – impliqué-e-s, les différents rôles qu'ils-elles jouent, ainsi que les enjeux de santé publique et sociaux que ce vaccin soulève. Pour ce faire, j'ai contacté principalement des médecins et quelques infirmières s'inscrivant à différents niveaux de la mise en place de la campagne. J'ai procédé par la méthode dite « boule de neige », c'est-à-dire qu'après avoir rencontré les premiers médecins, j'ai à chaque fois demandé s'ils-elles me recommandaient d'aller voir un-e autre professionnel-le et ainsi de suite. Cette méthode a bien fonctionné et j'ai pu effectuer quinze entretiens approfondis auprès de personnes-clés dans la mise en place de la campagne sur une période de quatre mois (mars – juin 2009).

Mes contacts ont été pris par e-mail. Je me présentais généralement en disant que j'étais étudiante à l'UNIL en anthropologie et que je préparais un mémoire sur le vaccin anti-HPV. Je précisais qui m'avait recommandé de les contacter et présentais mon travail en spécifiant les buts de ma recherche. Les entretiens que j'ai mené étaient de type semi-directif (Quivy et

Campenhoudt, 2006 ; Beaud et Weber, 2003) et j'ai élaboré pour chaque personne interviewée une grille d'entretien, avec différentes questions recoupant les thèmes suivants : le déroulement de la campagne de vaccination, leur rôle dans cette mise en place, difficultés, débats rencontrés ; l'historique de la prévention du cancer du col de l'utérus ; la spécificité de ce vaccin par rapport aux autres à un niveau scientifique, médical, mais aussi de santé publique ; la spécificité de la population cible en lien avec l'adolescence d'une part, le genre et la sexualité d'autre part ; et leur place, rôle dans le réseau socio-sanitaire dans lequel s'inscrit le vaccin. J'ai vu chaque médecin et infirmière une fois, les entretiens effectués étant très riches et me fournissant de nombreuses données à analyser, je n'ai pas estimé nécessaire de les recontacter, à l'exception d'un médecin que j'ai rencontré deux fois.

Les personnes que j'ai interviewées, bien que toutes médecins ou infirmières, peuvent être distinguées en différents groupes selon le niveau hiérarchique et institutionnel dans lequel ils-elles sont impliqué-e-s. Tout d'abord, un certain nombre de médecins peuvent être regroupés sous l'étiquette⁸ d'« expert-e-s » dans le sens où ils-elles sont reconnu-e-s comme tels par les autres médecins et infirmières. C'est généralement vers eux qu'on m'a dirigée quand je disais que je m'intéressais à la mise en place de la vaccination anti-HPV. En effet, ils-elles sont spécialisé-e-s dans un domaine touchant de près la vaccination étudiée et ont contribué par l'apport de leurs données à l'élaboration des recommandations de vaccination qui se décident au niveau fédéral. Il s'agit tout d'abord de deux scientifiques de l'Institut de microbiologie, Denise Nardelli et Roland Sahli, tous deux spécialistes du HPV. La première a participé au rapport demandé par la Commission fédérale pour les vaccination, intitulé « Modeling of HPV seroconversion in adolescent girls in Switzerland » (Suris et al., 2007). Le deuxième, spécialiste des tests de détection et de typage des HPV, a fourni des données concernant la prévalence des types de HPV 16 et 18 contenus dans le vaccin mis sur le marché en Suisse. Travaillant également pour l'OMS, ils m'ont apporté une perspective plus globale sur la vaccination en portant un regard critique sur les inégalités nord-sud notamment. Pierre-André Michaud (Groupe de recherche sur la santé des adolescents et Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents), médecin spécialiste de l'adolescence, peut également être intégré à ce groupe d'expert-e-s. Il a aussi participé à l'élaboration du rapport (Suris et al. 2007) en apportant notamment des données sur la sexualité des adolescent-e-s en Suisse. Lui-même n'est pas spécialiste du HPV ou du cancer du col et son regard critique et distancié m'a permis

⁸ Il s'agit d'étiquettes « émiqes », c'est-à-dire propres au point de vue des personnes rencontrées sur le terrain.

de mieux comprendre certains enjeux de la vaccination. Dans ce groupe, on peut également citer Stefan Gerber, gynécologue, spécialisé dans le fonctionnement immunitaire des maladies infectieuses et ayant travaillé pendant plusieurs années au CHUV dans le service de colposcopie. Il a fourni des données concernant les coûts du dépistage et de la prise en charge des lésions dysplasiques pour l'étude coût-bénéfice demandée par la CFV (Szucs et al. 2008). C'est lui aussi qui a présenté les recommandations suisses à d'autres gynécologues lors d'une conférence donnée dans le cadre de la journée de formation en gynécologie consacrées aux controverses sur la vaccination HPV (Genève, département de gynécologie et d'obstétrique, 7 mai 2009). Il m'a permis d'approfondir ma compréhension du cancer du col de l'utérus et du vaccin dans une perspective historique, ainsi que de l'histoire naturelle des infections dues à des HPV. Comme dernier membre de ce groupe d'experts, ayant joué un rôle fondamental dans la mise en place de la vaccination anti-HPV, on trouve Claire-Anne Siegrist, la présidente de la CFV, pédiatre spécialisée dans les questions de vaccination. Elle a joué notamment un rôle de coordination et de communication entre les différents acteur-rice-s impliqué-e-s dans la mise en place de cette vaccination. Elle m'a permis de cerner au mieux les enjeux soulevés par son implantation, ainsi que de mieux comprendre sa spécificité en tant que mesure de santé publique.

Au niveau cantonal, se trouve le médecin-cantonal adjoint, Eric Masserey, qui, avec son équipe, a joué un rôle central dans la mise en place du programme de vaccination dans le canton de Vaud. Faisant le relais entre les recommandations fédérales et leur application à un niveau cantonal, il se situe en un lieu charnière où il doit appliquer ce qui a été décidé en amont et, en même temps, fort d'un certain pouvoir décisionnel, peut fixer certaines modalités concrètes de la campagne de vaccination. L'interview de ce médecin m'a permis notamment de mieux comprendre les difficultés et opportunités pratiques offertes par cette vaccination au niveau de la santé publique du canton et de mieux saisir les raisons des choix effectués. N'ayant pas interviewé d'autres personnes au rôle similaire, je ne peux pas dire qu'il constitue vraiment un groupe, mais disons qu'il fait partie du groupe des « médecins cantonaux en charge de la santé publique ».

Toujours au niveau cantonal, à un autre niveau hiérarchique, on trouve le groupe des « infirmières scolaires » qui ont dû organiser la vaccination dans les écoles, au niveau secondaire et en post-obligatoire. J'ai interviewé quatre infirmières scolaires, deux travaillant dans le post-obligatoire, Isabelle Willa et Carine Barlocher, et deux, travaillant au niveau de

l'école secondaire obligatoire, Mirka Lessi et Hélène Boschung. Il est intéressant de noter que si toutes et tous les médecins m'ont répondu rapidement, avec intérêt et de leur plein gré, pour contacter ces dernières j'ai dû répondre à plusieurs démarches administratives demandées par leur hiérarchie. Elles forment ainsi le seul groupe qui ne semble pas autorisé à parler pour lui-même sans l'accord d'un-e supérieur-e.

On trouve ensuite le groupe des « praticien-ne-s », médecins qui dans leur pratique en cabinet privé ou dans le secteur public vaccinent contre le HPV parce qu'ils-elles sont confronté-e-s à une demande. On peut séparer ces praticien-ne-s en trois sous-groupes : les pédiatres, les généralistes et les gynécologues. J'ai ainsi rencontré une gynécologue « de base », comme elle se nomme, Sara Vesnaver, qui vaccinait des jeunes filles en cabinet privé. Elle m'a donné des informations sur la pratique du dépistage et les changements opérés par l'introduction du vaccin. J'ai rencontré la médecin responsable de la fondation Profa, reconnue d'utilité publique par l'Etat de Vaud et offrant des prestations dans les domaines touchant la famille, le couple, la sexualité et la périnatalité⁹, Adeline Quach, qui était très impliquée dans la vaccination de rattrapage des jeunes filles de 15 à 19 ans susceptibles d'échapper aux mailles du filet scolaire. J'ai rencontré un pédiatre, Olivier Carrel, président de groupement des pédiatres vaudois, qui m'a renseigné sur certains enjeux qu'a posé la vaccination au sein de ce groupe de médecins. J'ai eu un contact téléphonique avec la médecin généraliste, présidente de l'association vaudoise des médecins généralistes, qui n'a pas désiré me rencontrer car ayant l'impression de n'avoir rien à me dire sur la mise en place de cette vaccination. Dans ce cadre, j'ai également rencontré le médecin chef de clinique du centre de vaccination et de médecine des voyages du CHUV, Serge de Vallière, qui a surtout été confronté à des demandes de vaccination avant que les programmes cantonaux ne soient mis en place. Son regard réflexif et critique, m'a été très précieux. De manière un peu différente, j'ai eu un contact avec le groupe des praticien-ne-s en participant à une journée de formation en gynécologie centrée sur les controverses autour du vaccin HPV (Genève, 7 mai 2009). Suite à plusieurs conférences, dont l'une donnée par Stefan Gerber déjà présenté ci-dessus, le public, constitué principalement de gynécologues, pouvait poser des questions et débattre de certains points. Cette réunion m'a permis de me rendre compte que de nombreux débats et critiques agitaient ce groupe, mettant en jeu plus que la seule vaccination anti-HPV, l'avenir même de leur corps professionnel.

⁹ Voir leur site Internet: <http://www.profa.ch/Accueil/accueil.htm> Consulté le 10.09.2009.

Finally, j'ai interviewé une médecin généraliste, membre du Groupe médical de réflexion sur les vaccins, fondé en 1987, suite au lancement de la première campagne de vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole) et rassemblant des médecins romands se disant « critiques » face aux vaccinations d'une manière générale¹⁰. L'entretien effectué auprès d'elle m'a notamment permis de me rendre compte que la frontière entre « pro » et « anti » vaccination n'était pas si franche. Excepté la question des effets secondaires des vaccins, marquant un désaccord net entre les deux groupes, les autres points critiques que cette médecin a abordés se retrouvaient, de manière plus nuancée, dans les autres entretiens effectués auprès des médecins et infirmières, faisant qu'un même argument critique pouvait, par exemple, se retrouver dans ses propos et dans ceux d'un membre du groupe des « expert-e-s ». Au départ, dans un souci de symétrie (Latour, 2006), j'aurais voulu intégrer leur point de vue. Mais ceci aurait nécessité d'approfondir ma connaissance de l'histoire et de la pensée des mouvements anti-vaccination afin de ne pas en présenter une image caricaturale telle qu'elle est souvent véhiculée dans le discours des médecins. Mon travail étant déjà dense, j'ai choisi de ne pas développer ce point supplémentaire.

Et les jeunes filles, parmi tous-tes ces professionnel-le-s de la santé, n'ont-elles pas leur mot à dire ? Si au début de mon travail, je comptais intégrer le point de vue des jeunes filles sur la vaccination et notamment me demandais en quoi la décision de se faire vacciner ou non relevait d'une démarche difficile, j'ai rapidement abandonné cette piste, car m'amenant sur une autre problématique. J'ai tout de même interviewé une mère ayant refusé de faire vacciner sa fille et s'étant sentie fortement jugée par son entourage professionnel, une jeune fille et sa mère ayant décidé d'adhérer à la vaccination après quelques hésitations et une jeune femme ayant décidé de se faire vacciner alors qu'elle sortait du cadre des recommandations et a dû financer elle-même le vaccin. J'ai également organisé des entretiens collectifs dans deux classes d'une école professionnelle. Ces entretiens m'ont été utiles pour développer une vue d'ensemble des enjeux touchant cette vaccination et comprendre la manière dont elle était perçue auprès du public visé. Je me suis rendue compte notamment que si de nombreux débats et questions étaient soulevés en amont, dans la mise en place de la vaccination, les jeunes filles rencontrées semblaient avant tout considérer ce vaccin comme quelque chose

¹⁰ Voir leur site Internet : <http://www.infovaccins.ch/index.htm> Consulté le 10.09.2009.

de bon, qu'il ne semblait pas utile de questionner. Cette première impression mériterait d'être interrogée et approfondie.

Dans une perspective ethnographique, la prise en compte des conditions de production des données d'enquête est très importante (Beaud et Weber, 2003). En effet, les entretiens effectués s'inscrivent dans des relations sociales dépendant du statut des informateurs et informatrices, de la manière dont l'enquêteur-trice se présente et est perçu-e par ces dernière-s. « L'ethnographie a pour vocation originaire de rendre la parole aux humbles, à ceux qui par définition n'ont jamais la parole : tribus isolées en terrain exotique, peuples colonisés (ethnologie traditionnelle), classes dominées ou groupes en voie de disparition dans les sociétés développées (ethnologie chez soi) » (ibid : 8-9). Or, dans le cadre de cette étude, j'ai principalement rencontré des professionnel-le-s de la santé, médecins et infirmières, qui font partie de celles et ceux qui ont la parole et participent à la production d'un savoir médical légitime et dominant. Durant les entretiens avec les médecins, je me suis ainsi souvent retrouvée dans la position de « celle qui ne sait pas » et mes interlocuteur-trice-s en position de m'expliquer tel ou tel point concernant la vaccination HPV. J'ai plusieurs fois été confondue à une journaliste, ce qui illustre la position d'une personne à qui l'on doit expliquer certaines choses de sorte à ce qu'elles soient accessibles à un grand public. Ainsi, je me suis rendue compte du double statut de mes interlocuteur-trice-s, à la fois comme informateur-trice-s fiables, sources d'explication et de compréhension d'un sujet médical et comme personnes dont les pratiques et les discours font l'objet d'une analyse. Une fois plongée dans l'analyse et la rédaction de mon mémoire, j'ai parfois eu des difficultés à me défaire du rapport d'autorité créé par la diffusion d'un savoir dominant et légitime dans le cadre des relations d'entretiens et à établir une distance critique avec leurs propos permettant de mettre en lumière la construction des éléments présents dans leur discours.

Le rapport que j'ai entretenu avec les infirmières était différent. De par les démarches administratives que j'avais dû remplir, elles avaient eu accès à mon dossier et savaient que j'étais infirmière comme elles. Cette proximité professionnelle m'a mise plusieurs fois dans la position de la personne à qui on délègue la tâche de « faire de la recherche », tâche que les infirmières rencontrées considéraient comme très utile, mais n'avaient ni le temps, ni les moyens de réaliser. Plusieurs m'ont dit qu'elles trouvaient important de réfléchir de manière critique à cette vaccination et m'ont encouragée dans ce sens. Je me suis ainsi trouvée dans un rapport inverse à celui que j'entretenais avec les médecins et où j'étais soudain mise dans une

position valorisée et investie d'espoir quant au soutien que je pouvais apporter à la « cause infirmière ». Ce statut m'a mise un peu mal à l'aise dans le sens où je ne pensais pas pouvoir répondre à ces attentes et où il me rappelait à une identité professionnelle dont j'essayais de me distancier. En même temps, il m'a impliquée dans un rapport de loyauté envers elles, dont il n'a pas toujours été facile de se détacher au cours de l'analyse.

Contrairement à l'idée reçue selon laquelle la médecine serait un domaine homogène et uniforme et les médecins ne feraient que reproduire ce qu'ils-elles écrivent dans leurs articles, les entretiens effectués m'ont permis d'identifier des débats et des controverses traversant le réseau étudié, des manières de défendre des intérêts professionnels et d'établir des frontières entre certains groupes. Ils m'ont également amenée à prendre conscience de la réflexivité et du regard critique développés par ces professionnel-le-s. Je suis consciente que les discours qu'ils-elles m'ont présentés participent d'une certaine mise en scène d'une identité professionnelle et que bien que prenant certaines libertés critiques face au système médical et institutionnel dans lequel ils-elles s'inscrivent, les stratégies rhétoriques qu'ils-elles développent servent à défendre leur point de vue et à légitimer leur pratique, en lien avec leur positionnement institutionnel. J'ai essayé d'appréhender leurs discours comme étant situés¹¹ – c'est-à-dire des discours d'acteur-trice-s en situation qui visent à légitimer leur pratique en fonction de leur positionnement institutionnel – et me permettant de comprendre comment, en fonction de leur position, ils-elles participent à la mise en place de la campagne de vaccination en prévention du cancer du col de l'utérus, et ce faisant contribuent à en faire « un bon outil pour la tâche ».

Outre les discours recueillis lors des entretiens, mon analyse s'est basée sur de nombreux documents écrits. Ceux-ci constituent des sources de discours s'inscrivant dans divers contextes d'énonciation et visant des publics variés. J'ai en premier lieu collecté des articles de journaux de la presse romande. Je suis d'abord allée au centre de documentation de l'UNIL, où l'archiviste avait déjà constitué un dossier, puis j'ai recherché des articles grâce au site de recherche *Europresse*, via *Perunil*, permettant d'accéder à plusieurs journaux français comme *Le Monde* ou *Le Figaro*, mais aussi au journal suisse *Le Temps*. J'ai également glané au gré de mes pérégrinations des articles dans des magazines destinés au grand public, tel que *Wellness magazine* ou *Femina*. Comme il n'existe pas de site Internet archivant tous les

¹¹ Fait référence à la réflexion sur les « savoir situés » (Haraway, 1988).

articles de la presse romande, ou de moteur de recherche permettant d'y accéder, je n'ai pu constituer un dossier exhaustif de tous les articles publiés sur le vaccin anti-HPV et la mise en place de la campagne. Rédigés par des journalistes, ces articles visent à informer le grand public des étapes de la mise en place de la vaccination, ainsi que des débats qui l'ont entourée. Ils participent ainsi à la diffusion de connaissances vulgarisées sur les HPV, le cancer du col de l'utérus et la vaccination venant le prévenir, et ce faisant véhiculent certaines valeurs et normes lui étant attachées.

Au niveau des articles scientifiques et médicaux, j'ai d'abord recherché des articles sur le vaccin HPV grâce aux moteurs de recherche *pubmed* et *web of science*. J'ai ainsi pu identifier des revues qui ont traité très régulièrement de ce sujet, voire lui ont consacré des numéros entiers comme la revue *Vaccine*, ou le *Journal of Adolescent Health*¹². Si dans un premier temps, la lecture de ces articles m'a été utile pour appréhender les nombreux enjeux scientifiques entourant le vaccin HPV, une fois que j'ai décidé de me concentrer sur la Suisse et plus spécifiquement le canton de Vaud, j'ai surtout centré mes recherches sur des articles parus dans des revues médicales suisses ou romandes comme la *Revue Médicale Suisse*, le *Bulletin des médecins suisses*, le *Forum Médical Suisse* et *Paediatrica*. Ces articles sont destinés à la communauté médicale suisse ou romande et plusieurs ont été rédigés par des personnes que j'ai interviewées, s'inscrivant ainsi dans les débats animant le réseau socio-sanitaire étudié. Il s'agit de discours participant à la construction d'objets médicaux, mais également visant à défendre, expliciter et légitimer une position. J'ai aussi collecté et étudié de nombreux documents de santé publique liés à la mise en place de la vaccination tels que brochures d'information destinées aux élèves et à leurs parents, documents officiels de l'Office Fédéral de la Santé Publique comprenant le *Bulletin OFSP*, des communiqués de presse et les recommandations de vaccination. Ces derniers documents, bien que visant des publics différents – médecins, parents, élèves – ont tous pour but d'asseoir la légitimité et de promouvoir la vaccination anti-HPV.

Comme je l'ai dit au début de cette partie, j'ai commencé mon terrain avec l'idée que les enjeux enchevêtrés que je percevais allaient se clarifier et qu'un élément ou un autre allait ressortir de manière plus forte que les autres. Or, la rencontre avec mes interlocuteur-trice-s, plutôt de que simplifier les choses, a confirmé cet enchevêtrement. Par leur réflexivité critique

¹² Voir par exemple *Vaccine*, vol.24, supplement 3, août 2006 ou vol.25, suppl. 3, nov. 2007 ou le *Journal of Adolescent Health*, vol.37 (6), suppl.1, décembre 2005 ou vol.43 (4), suppl.1, octobre 2008.

sur leurs pratiques, ils-elles m'ont présenté les questions posées par cette vaccination de manière complexe et nuancée. Ainsi, les enjeux soulevés par les maladies sexuellement transmissibles, par une histoire du cancer, par les vaccinations en général, par la santé publique, par les coûts de la santé, par l'histoire même du cancer du col de l'utérus et les dépistages mis en place pour le prévenir, se sont trouvés fortement mêlés durant le terrain, me donnant l'impression que chaque élément ne pouvait être compris indépendamment des autres, et me laissant longtemps dans l'hésitation quant à la porte d'entrée à choisir pour étudier mon sujet.

1.4.3. Analyse des données : entre la production du vaccin et ce que le vaccin produit

D'une manière générale, la manière d'analyser les données est dépendante de la problématique et du questionnement posés et, inversement, dans une démarche inductive, l'élaboration d'une problématique est dépendante des données de terrain. Ainsi, c'est dans un aller-retour permanent entre données de terrain et réflexion et questionnements alimentés par mes lectures que j'ai construit mon analyse. J'ai cependant choisi de privilégier le pôle des données de terrain, dans le sens où mon analyse s'est basée principalement sur mes sources, plus que sur l'approfondissement d'un point théorique particulier. Du vaccin comme objet central de l'analyse que j'imaginais au début de mon travail, c'est la campagne de vaccination qui, dans un deuxième temps, s'est trouvée au centre de mon analyse. En effet, j'ai décidé de me centrer sur ce qui s'offrait à moi comme terrain pour orienter ma problématique et c'est seulement au travers de la mise en place de la vaccination, que le vaccin en tant qu'objet d'analyse m'est apparu.

Afin de mettre de l'ordre dans le désordre évoqué ci-dessus, tout en essayant de rendre compte de sa complexité, je suis revenue aux toutes premières questions spontanées que cette vaccination m'avait posée. La première question était : comment le cancer du col de l'utérus est construit comme problème de santé publique majeur, alors qu'il n'était pas du tout visibilisé comme tel auparavant ? En effet, le dépistage semblait faire partie de la banalité des contrôles de routine chez le gynécologue et plusieurs filles à qui j'en parlais ne savaient pas pourquoi elles devaient faire ce dépistage. La deuxième question, liée à mon intérêt pour les études genre, m'amenait à essayer de comprendre pourquoi seules les filles se font vacciner et sont désignées comme cibles d'une intervention sanitaire. Revenir à ces questions m'a permis de réaliser que ce qui m'interrogeait depuis le début était le processus par lequel ce vaccin était construit comme « quelque chose de bon » suscitant une très bonne acceptation, alors

que pour plusieurs raisons, et selon les points de vue, il pouvait être également considéré comme quelque chose de peu adéquat ou peu justifié. Ce questionnement, bien qu'issu de mes observations, a constitué un obstacle à l'avancement de mon analyse car, pour y répondre, j'avais tendance à vouloir mettre tous les éléments identifiés au même niveau.

Afin de structurer mon analyse et de mettre de l'ordre dans l'enchevêtrement des enjeux identifiés, j'ai renversé ma question et plutôt que de mettre la construction du vaccin au centre, je me suis interrogée sur les éléments « produits » par ce vaccin, lequel fonctionne un peu comme une « boîte noire » (Latour, 1989). Ce renversement m'a permis d'identifier trois pôles s'articulant autour du vaccin : la maladie que vient prévenir le vaccin, la campagne sans laquelle le vaccin ne circule pas et ne peut remplir son rôle, et la population visée par la vaccination. Chacun peut constituer un objet d'étude en soi et être étudié dans sa relation au vaccin de manière indépendante. Toutefois, chaque pôle est apparu sur mon terrain comme étant certes lié au vaccin, mais en même temps comme étant lié aux deux autres pôles et ne pouvant être compris indépendamment. En effet, j'ai constaté que dans les différents discours étudiés, la maladie, la campagne et la population construits autour du vaccin étaient mis continuellement en relation les uns avec les autres.

J'ai analysé mes différentes sources – transcriptions d'entretiens, articles médicaux, de la presse romande et documents de santé publique – en les séparant selon les trois pôles identifiés. Mon travail a consisté principalement en une analyse des différents discours collectés. Discours dans lesquels j'ai à la fois identifié des éléments factuels et pratiques liés à la mise en place de la vaccination et me permettant d'en retracer les principales étapes, et des valeurs et enjeux soulevés par celle-ci auprès des médecins et infirmières interviewé-e-s. Mon attention s'est portée sur tous les éléments permettant de faire du vaccin un bon outil ou un outil peu adéquat, c'est-à-dire que j'ai étudié de près les différentes étapes discursives et pratiques de ce processus, mais également tous les points de désaccord, de débat ou de controverses, me permettant de montrer que le vaccin n'est pas donné a priori comme « bon outil » mais bien qu'il est construit comme tel au fil de différentes étapes et qu'il aurait pu l'être différemment.

Au fil de mon analyse, je me suis rendue compte que le statut des discours étudiés relevait de deux niveaux différents. A un premier niveau, les réflexions avancées par les médecins et infirmières rencontré-e-s m'ont fait avancer dans ma propre réflexion et compréhension du

sujet, comme dans une sorte de dialogue. Ainsi, j'ai parfois placé sur un même plan mes réflexions et celles des professionnel-le-s interviewé-e-s, reprenant en les approfondissant certains de leurs arguments. A un deuxième niveau, j'ai développé une distance critique face aux discours étudiés en essayant de traduire en d'autres termes les enjeux, normes et valeurs identifiés. Il me paraît clair que le deuxième niveau aurait dû être constamment privilégié. Cependant, en lien avec le double statut de mes informateur-trice-s, à la fois comme informateur-trice-s fiables, sources de compréhension d'un sujet médical, et comme personnes dont les pratiques et les discours font l'objet de l'étude, mon analyse est parfois restée au premier niveau.

1.4.4. Rédaction et choix d'écriture

Je vais préciser ici les raisons de certains choix rédactionnels effectués sans traiter de toutes les difficultés rencontrées dans le processus d'écriture. Tout d'abord, la question éthique de l'anonymat que j'ai garantie à mes interlocuteur-trice-s lors des entretiens m'a posée problème. Comment décrire le positionnement hiérarchique et institutionnel des personnes interviewées, sans qu'elles ne soient reconnues, étant donné qu'elles sont connues sur la scène publique et qu'il est très facile de les identifier. Par exemple, si je dis que j'ai interviewé la présidente de la CFV, une grande partie du monde médical saura qui elle est et le grand public peut facilement retrouver ses traces, de même par exemple pour le médecin cantonal adjoint. Face à ces difficultés, j'ai choisi de jouer la transparence par rapport à la présentation des personnes interviewées, en précisant leur statut et leur nom. Par contre, j'ai anonymisé leurs propos. J'ai opté pour un choix d'écriture neutre et généralisant, en décidant de les appeler tous et toutes « médecins » indépendamment de leurs spécialisations et de leur niveau hiérarchique – à l'exception des infirmières qui relèvent d'un cadre professionnel différent – et j'ai parfois changé leurs genres, parlant d'une médecin pour un médecin et vice-versa. Les initiales qui seront présentes à la fin de chaque entretien sont fictives et m'ont servi avant tout à ne pas mélanger les propos de chaque personne interviewée.

Par ailleurs, j'ai fait le choix de présenter de larges extraits d'entretien. D'une part, parce qu'ils ont constitué la partie la plus importante de ma réflexion et sont les éléments principaux sur lesquels se base mon analyse. D'autre part, parce qu'ils permettent de rendre compte de la réflexivité et de la complexité des critiques menées par les médecins interviewé-e-s, ainsi que de la difficulté de leurs tâches. Les entretiens effectués ont formé une sorte de dialogue entre

ma réflexion et celle des médecins, et leur accorder une large place dans mon travail me semble la manière la plus juste d'en rendre compte.

Etant sensible à la problématique du genre dans la langue, qui fait que la forme « neutre, générique et universelle » correspond au genre masculin, contribuant ainsi à invisibiliser les femmes, j'ai choisi d'utiliser une écriture épïcène – qui se dit d'un nom, d'un pronom, d'un adjectif qui ne varie pas selon le genre – c'est-à-dire une écriture visant à promouvoir l'égalité des hommes et des femmes dans le langage par la mise en évidence du genre féminin. Je me suis basée pour cela sur les dix règles promues en Suisse romande pour atteindre une parité linguistique afin de « réaliser le mandat constitutionnel de pourvoir à l'égalité de droit et de fait entre les femmes et les hommes »¹³ et présentées notamment dans le *Ecrire les genres : Guide romand d'aide à la rédaction administrative et législative épïcène* (Moreau 2002), ainsi que dans l'article « Prière de ne pas épïcèner partout » (Moreau 2007).

1.5. CADRE DE REFERENCE

1.5.1. Etudes sociales des sciences et de la médecine : outil, tâche et adéquation, un processus de co-construction

Ce travail s'inscrit dans le champ des études sociales des sciences et de la médecine, champ qui s'est particulièrement développé ces trente dernières années. Je vais présenter quelques principes théoriques qui lui sont sous-jacents et qui sont importants pour comprendre le développement de mon analyse. Le premier élément important à souligner est que les questions posées et réflexions développées en études sociales des sciences et de la médecine s'inscrivent dans une perspective constructiviste. Plutôt que de considérer la science comme détachée des contingences matérielles, sociales et discursives, reflétant une réalité donnée en soi et se développant selon une logique interne de découverte, il s'agit de mettre l'accent sur les pratiques et technologies de connaissances qui incluent des aspects matériels, mais aussi des dimensions sociales épistémiques et rhétoriques. Ainsi, comme le dit Gaudillière « [...] les sciences ne sont plus vues comme des systèmes d'énoncés reflétant de façon plus ou moins juste des réalités immanentes et présentes de toute éternité » (2006 : 5). Selon Pestre « [...] on pourrait aussi caractériser la situation en disant qu'on abandonne la césure entre l'histoire des idées d'une part, l'étude des institutions et des cadres de la culture

¹³ Voir le site Internet des bureaux de l'égalité romands : <http://www.egalite.ch/langage-epicene.html> Consulté le 1.03.10

de l'autre, au profit d'une analyse conjointe des *actes de connaissance*¹⁴, des opérations cognitives de classement, de ce qui contribue à la fixation des significations en situation concrète – à travers la matérialité des objets ou des procédures par exemple» (2006 : 4). L'accent est ainsi mis sur le processus par lequel un savoir ou une technologie est fixé, plus que sur le résultat final proprement dit et fonctionnant tel une « boîte noire » (Latour, 1989).

Avec le développement de cette perspective, la science, mais également les maladies et le corps, ont été dénaturalisés et historicisés, c'est-à-dire que, plutôt que de constituer des référents stables et atemporels, on considère que ces entités sont redéfinies et façonnées par les différents contextes dans lesquels elles s'inscrivent. En conséquence, « les sciences y ont gagné en épaisseur et en complexité. Elles apparaissent aussi plus contingentes, plus incertaines et plus locales que nous n'avions l'habitude de les penser » (Gaudillière, 2006 : 5). Cette manière de considérer la science et la médecine suscite résistances et incompréhensions s'articulant autour des points de blocage (Hacking, 2008 : 91-139) que sont la contingence, le nominalisme et les explications externes de la stabilité.

Parmi les différents concepts et outil théoriques développés dans ce champ d'études, le concept de « right tool for the job » développé par Adele Clarke et Joan Fujimura (1996) dans l'ouvrage collectif *La matérialité des sciences : Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie* m'a été très utile car me permettant d'analyser de manière dynamique et d'un point de vue constructiviste les relations entre les trois pôles de la maladie, de la campagne et de la population, ainsi que le processus normatif par lequel le vaccin en vient à être « fabriqué » comme « quelque chose de bon ». Clarke et Fujimura considèrent que les « outils », les « tâches » et l'« adéquation » des outils aux tâches sont élaborés de façon situationnelle dans un processus de co-construction, l'adéquation étant une conséquence des processus d'articulation des différents éléments présents dans une « situation ». Le sens qui leur est attribué est considéré comme historiquement fabriqué, c'est-à-dire qu'il est changeant et contingent. Les auteures distinguent trois processus sociaux clés permettant la co-construction des outils, des tâches et de leur adéquation : tout d'abord la construction de problèmes faisables ; ensuite l'artisanat, le bricolage et les arrangements ad hoc ; et finalement la standardisation et la stabilisation des différents éléments d'une situation (ibid. : 23). Elles considèrent que ces trois processus s'inscrivent à la fois dans les pratiques et dans les idées

¹⁴ En italique dans le texte.

réfutant par là la distinction entre la « science comme pratique » et la « science comme connaissance » (ibid. : 24).

Ce concept a eu du succès et a été réutilisé dans plusieurs travaux d'études sociales des sciences et de la médecine dont deux m'ont particulièrement aidé à développer ma réflexion. Dans le premier, intitulé « Making de pap smear into the “right tool” for the job : cervical cancer screening in the USA, circa 1940-95 » (Casper et Clarke, 1998), les auteures se penchent sur l'histoire du Pap test utilisé dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et montrent pourquoi, pour qui et comment il est devenu « le bon outil pour la tâche » :

« Multiple tinkering strategies have been used simultaneously by different collective actors, both inside and outside the cancer arena, over the past half-century, to make the Pap smear « work » as a screening procedure. These include : 1) explicitly gendering the division of labour ; 2) attempting to automate the division of labour ; 3) juggling the costs of diagnostic technologies ; 4) abandoning hopes of global clinical accuracy for local negotiated orders in clinical readings of Pap smear ; and 6) women's health and public health groups' attempts to enhance regulation of laboratories » (ibid. : 256).

Bien que ne pouvant pas approfondir la dimension historique du vaccin, comme elles l'ont fait pour le frottis de dépistage, de par sa nouveauté et me situant par là dans une histoire à très court terme, j'ai retenu de cette étude la nécessité de sortir du laboratoire pour appréhender les différents « mondes sociaux » dans lesquels des acteurs humains et non-humains participent à façonner l'objet étudié. J'ai également retenu la manière dont leur questionnement et leur analyse permettent de rendre compte de multiples points de vue, discours et pratiques, des différents acteurs impliqués, expliquant à la fois comment le frottis de dépistage est devenu « un bon outil pour la tâche », mais aussi les raisons pour lesquelles il peut être considéré comme un « mauvais outil », mettant ainsi l'accent sur la dimension contingente, partielle, socialement construite et historiquement située de l'adéquation (*rightness*) et de l'inadéquation (*wrongness*) de l'outil.

Le deuxième article « Constructing “high-risk women” : the development and standardization of a breast cancer risk assessment tool » (Fosket, 2004) m'a permis d'approfondir le lien entre le développement d'un outil et la création d'une catégorie de personnes. Son auteure examine le développement et la standardisation d'un modèle utilisé

pour catégoriser des femmes considérées comme à haut risque de cancer du sein, modèle nécessité par la mise sur le marché de nouveaux médicaments préventifs de cette pathologie requérant de définir un groupe d'usagères légitimes. Elle montre comment ce modèle façonne des pratiques, des identités et des définitions, malgré les controverses et les critiques qui le visent. J'ai retenu principalement l'idée selon laquelle de nouvelles subjectivités « à risque » sont créées par l'élaboration d'un savoir sur le corps inaccessible auparavant et la notion de risque comme catégorie de maladie en soi, notion sur laquelle je reviendrai. Bien que conceptualisé à la base pour décrire le travail effectué dans les sciences de la vie incluant au sens large « la biologie la médecine et l'agriculture » intéressées au contrôle de la vie (Clarke et Fujimura, 1996 : 22), ces deux études, sortant du laboratoire, m'ont encouragée à utiliser le concept de « bon outil pour la tâche » en le transposant dans le cadre de la santé publique afin d'étudier le « devenir bon outil » du vaccin dans le cadre de la mise en place de la campagne de vaccination anti-HPV en prévention du cancer du col de l'utérus dans le canton de Vaud.

Dans la première partie du travail analysant la manière dont est construite l'entité « cancer du col de l'utérus » au temps de la vaccination, j'utilise le terme de « visibilisation ». Par ce terme, j'entends la manière dont une catégorie nosologique est rendue « visible » au sens de « saillante », notion développée par l'historienne des sciences Lorraine Daston dans l'introduction de l'ouvrage intitulé *Biographies of scientific objects* (2000). Cet ouvrage s'inscrit dans les débats entre réalisme et constructivisme. S'interrogeant sur le statut métaphysique des objets scientifiques, Daston montre qu'ils peuvent être à la fois réels et historiques (ibid. : 3). La posture défendue est la suivante : « Applied metyphysics assumes that reality is a matter of degree, and that phenomena that are indisputably real in the colloquial sense that they exist may become more or less intensely real, depending on how densely they are woven into scientific thought and practice » (ibid. : 1). Daston distingue quatre principales manières d'appréhender l'historicité des objets scientifiques : « *salience* », « *emergence* », « *productivity* » et « *embeddedness* ». Le terme de « salience » est utilisé pour désigner la manière dont certains phénomènes, considérés comme indéniablement réels, acquièrent un plus grand degré d'intensité de réalité en faisant l'objet d'une analyse scientifique : « Salience, be it cultural or economic or epistemologic, silouettes extant objetcts ; scientific inquiry might be said to intensify their reality but not to create them ex nihilo » (ibid : 9). Ce concept me semble le mieux décrire ce que j'entends par le processus de « visibilisation » du cancer du col de l'utérus au temps de la vaccination. En effet, cette pathologie faisait déjà l'objet d'une grille de lecture médicale et sanitaire et était d'une

certaine manière déjà définie comme un problème de santé publique par le dispositif de dépistage par frottis cytologique, avant la mise en place de la vaccination. Cependant, la vaccination vient apporter une « saillance » nouvelle à cette pathologie en renouvelant ses descriptions et définitions et en modifiant le réseau dans lequel elle s'inscrit.

1.5.2. Vaccination : liberté individuelle et bien collectif, deux principes en contradiction ?

Qu'est-ce qu'un vaccin ? Quels sont les enjeux de santé publique que soulèvent les vaccinations ? Marquant le lien entre un agent causal nécessaire, viral ou bactérien, et une maladie infectieuse spécifique, les vaccins viennent modifier le cours de l'histoire naturelle d'une maladie en développant la capacité de résistance immunitaire de l'individu et reposent sur un principe simple, présenté par Pasteur en 1881 : « exposer à une forme atténuée de la maladie pour prémunir la forme grave » (Moulin, 1996 : 13). Relativement simples à diffuser, ne demandant aucun changement au niveau des comportements personnels et bénéficiant d'un grand crédit populaire et scientifique, les vaccins s'inscrivent dans le « paradigme heureux de la médecine préventive » (Paccaud 1992 : 150) et sont les symboles d'une médecine du progrès signant sa victoire sur des maladies dévastatrices telles que la poliomyélite ou la variole, éradiquée en 1977 (Moulin, 1996 : 16, Fenner, 1996 : 115-121). Malgré ce crédit positif, les vaccinations sont régulièrement remises en questions et les personnes opposées aux vaccins pointées du doigt comme mettant en danger la population en entier au nom d'intérêts individualistes. En effet, si les vaccins agissent à un premier niveau individuellement, c'est bien pour leur action sur l'ensemble des populations grâce à la réduction de la circulation des agents infectieux, qu'ils sont privilégiés en tant qu'outils de santé publique. Ils mettent ainsi en jeu les valeurs de libertés individuelle et de bien collectif, le principe étant que chacun-e est prêt-e à prendre un petit risque au niveau des effets secondaires personnels pour un grand bénéfice au niveau de la population comme l'explique Colgrove dans son ouvrage sur l'histoire de la vaccination aux USA :

« The epidemiologic foundation for vaccination is the phenomenon, first formally described in the 1920s, of herd immunity, by which an entire community will be protected against a contagion if a sufficiently large percentage of the group is immune. The optimal situation for the community occurs when each member assumes the small risk of undergoing vaccination in order to protect both himself or herself and the group as a

hole ; a successful vaccination program thus depends at least in part on individuals making an altruistic decision » (Colgrove, 2006a: 3-4).

Ainsi chacun est rendu individuellement responsable de l'état de santé collectif, ou du bien de toutes et tous, au nom d'une valeur de solidarité. Ce principe altruiste se complique en raison du fait que les vaccins visent des individus en bonne santé pour les protéger du risque lointain d'une maladie, dont ils ne verront souvent finalement jamais les effets négatifs, alors que les effets secondaires des vaccinations, bien que rares, acquièrent une grande visibilité, comme le dit Colgrove : « Because the benefit vaccination offers – the absence of disease – is a « negative » or unapparent one, its risks, though rare, seem more salient » (2006a : 8). Les vaccins renversent ainsi l'un des « pillars of the relationship between medicine, the state, and society » (Stockl, non-publié) en offrant non un traitement à un mal déjà identifié comme tel, mais en contraignant les membres sains d'une société à recevoir l'injection d'un produit avant même que les premiers signes d'une éventuelle maladie n'aient pu se manifester.

Les vaccinations mettent en jeu les notions de risque et de contrainte. Le risque peut prendre plusieurs formes quant aux questions de vaccination : « the risk of contracting the disease a vaccine is designed to prevent ; the risk of suffering an adverse event caused by the vaccination ; and the risk an individual may impose on others by remaining without protection » (Colgrove, 2006a : 5). De même, la contrainte, invoquée pour protéger les membres d'une communauté d'un mal qui les menace, peut prendre plusieurs formes, allant de la persuasion par des figures d'autorité, telles que les médecins, à l'imposition de pénalités, ou à l'exclusion des enfants de l'école. Mettant en question les libertés individuelles, elle est éthiquement très discutée.

Relevant de « [...] l'idéal abstrait d'une science subjuguant progressivement la nature dans le monde » (Moulin, 1996 : 31), les vaccins n'opèrent jamais dans un vide culturel. Ils sont indissociables des firmes pharmaceutiques qui les produisent, des lois nationales qui régulent leur diffusion, des mesures étatiques de santé publique dans lesquelles ils s'inscrivent, des médecins qui les promeuvent et des populations locales censées les accepter, mêlant aspects anthropologiques, économiques, culturels, éthiques, politiques et scientifiques en des modalités particulières, différentes pour chaque vaccination. En effet, comme l'écrit Moulin « la philosophie de la vaccinologie prend acte d'une intégration transversale qui fait de la vaccination un acte infiniment complexe intéressant le laboratoire, l'industrie

pharmaceutique, la politique nationale et internationale, le droit et la protection des libertés, la symbolique du corps, la gestion de la durée. Il s'agit d'un autre phénomène que la simple médicalisation de la société, phénomène de diffusion des normes médicales dans l'espace social : la participation active de toutes les disciplines à un projet de santé publique » (Moulin, 1996 : 13). L'étude des vaccins est ainsi révélatrice d'enjeux propres à chacun de ces domaines, et notamment permet de mettre en lumière certains éléments du fonctionnement des politiques de santé publique actuelles.

1.5.3. Santé publique : bio-politique des populations, risque et gouvernement des corps

Histoire des vaccinations et histoire de la santé publique sont intimement liées, les épidémies, maladies collectives par excellence, constituant l'un des premiers objets de la santé publique et de « redoutables mises à l'épreuve du politique » (Fassin, 1996 : 231). La notion de santé publique prend racine au 17^{ème} dans ce changement de forme de pouvoir que décrit Michel Foucault, où le pouvoir de mort cède la place à un « pouvoir qui s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble » (Foucault, 1976 : 180). Ainsi, selon ce philosophe, « le seuil de modernité biologique d'une société se situe au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies politiques » faisant de « l'homme moderne [...] un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question » (ibid. : 188). Foucault distingue deux formes principales de ce pouvoir sur la vie. Tout d'abord une anatomo-politique du corps humain, qui caractérise les disciplines et est centrée sur « le corps comme machine » (Foucault, 1976 : 183). Deuxièmement, une bio-politique de la population qui caractérise les contrôles régulateurs centrés sur le corps-espèce, « support aux processus biologiques » tels que la naissance, la maladie ou la mort (ibid. : 183) et dans laquelle viennent s'inscrire les politiques de vaccinations.

Une des conséquences du développement du bio-pouvoir est l'importance croissante des normes. En effet « une société normalisatrice est l'effet historique d'une technologie du pouvoir centrée sur la vie » (ibid. : 190). La santé publique visant le « bien » de la population par la prescription de saines habitudes de vie et la proscription de conduites à risques est une entreprise normative, source d'une moralisation des individus de par la hiérarchie de valeurs qu'elle véhicule (Massé, 2003). Ces normes ne relèvent cependant pas de la loi, imposée sur le mode de la contrainte ou de la répression, elles se manifestent plutôt dans la forme intériorisée de l'auto-discipline volontaire des sujets et relèvent du pouvoir comme production qui fait exister les individus en tant que sujet, c'est-à-dire que les individus sont assujettis, mais également constitués en tant que sujets par ce pouvoir, ou pour le dire autrement qu'ils n'existent pas en-dehors des normes qui les constituent :

« C'est le paradoxe du pouvoir, que Judith Butler reprend et développe à partir de Michel Foucault : nous sommes assujettis, c'est-à-dire aussi constitués en tant que sujets par le pouvoir. C'est une chose de savoir que nous subissons la domination. C'en est une autre

de découvrir que notre existence en tant que sujets découle de cette même domination. Nous nous opposons au pouvoir ; mais dans un même temps nous en dépendons. Bref, penser les normes qui nous définissent amène à reformuler la question de la domination, pour la poser en termes de pouvoir. Le pouvoir ne réprime pas seulement ; il fait exister. Il produit autant qu'il interdit » (Fassin, 2006 : 15).

La santé publique – au croisement des domaines de la médecine et du politique – se distingue de la médecine clinique en prenant pour objet principalement la santé, qu'elle cherche à promouvoir et préserver, et non les maladies, et en s'adressant à des collectivités dans le cadre de dispositifs publics, et non à des individus, c'est-à-dire en répondant par des solutions collectives à des problèmes considérés comme collectifs. Le développement de la santé publique comme domaine de savoir et de pouvoir autonome n'est possible, d'une part, que par la constitution de l'entité « population » par les statistiques – le gouvernement des individus nécessitant de les dénombrer – et d'autre part, par le développement d'institutions spécifiques séparées des autres formes de pouvoir. Ainsi, l'Etat s'est petit à petit imposé « comme défenseur du bien collectif et garant de l'ordre public en matière de gouvernement de la vie » (Fassin, 1996 : 47). Une mauvaise gestion du bien collectif, en mettant en péril la confiance des populations envers les autorités sanitaires chargées de les protéger, est susceptible de menacer les fondements mêmes de l'Etat.

De leur côté, les statistiques sont au cœur du projet sanitaire moderne. L'émergence de la santé publique comme savoir propre est en effet fortement liée aux statistiques se développant au 18^{ème} et marquant, comme le montre Desrosières (1993), une révolution cognitive par le changement d'échelle opéré, faisant passer une étude du singulier à une étude des populations. En effet, « penser en termes statistiques, c'est [...] donner à chaque personne la même valeur dans un système de comptage permettant de calculer ensuite des valeurs moyennes ou normales, des taux de natalité ou de mortalité, une espérance de vie ou un indice de fécondité » (Fassin, 2004 : 1016). Les vaccins ne sont d'ailleurs pas étrangers à cette croissance dans la production et l'utilisation des statistiques : « the numerical demonstration of vaccination's efficacy both drew on and contributed to the rise of quantification during the nineteenth century, when the counting of things – people, births, deaths, livestock, commercial goods – became an increasingly important way in which Americans ordered their reality » (Colgrove, 2006a : 7).

Au 20^{ème} siècle, selon Fassin, c'est l'extension sans cesse croissante du domaine de la santé publique, tant au niveau de sa cible que de son domaine et de ses agents, qui en constitue la caractéristique principale et ce, au travers de la généralisation de la notion de risque (1996 : 257). En effet, un autre trait marquant des politiques de santé publique actuelles est l'importance de la notion de risque liée, entre autres, à la « transition épidémiologique » qui opère dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle dans les pays occidentaux et qui fait des maladies chroniques et du vieillissement, et non plus des maladies infectieuses, les principales causes de morbidité et de mortalité (Gaudillière, 2006 : 60). Selon cet historien de la médecine et des sciences, « la transformation de la notion de risque en catégorie centrale de l'enquête épidémiologique, de la prescription ou de l'éducation à la santé a été rapide. L'entre-deux-guerre connaît le terme, mais comme élément de la pratique assurantielle ou de l'industrie. Son entrée en médecine est parallèle à son introduction dans la sphère publique pour parler des conséquences négatives et des effets indésirables de technologies comme l'emploi des pesticides ou la circulation automobile. En ce sens, il participe de l'émergence d'une "société du risque" (Beck, 2001) » (ibid. : 60). Au niveau médical, il contribue à l'émergence de groupes de personnes « à risque », étiquette considérée comme une catégorie de maladie en soi nécessitant traitements et prise en charge médicale.

Au niveau de la santé publique, la sociologue Deborah Lupton distingue deux approches du risque présentes dans les discours sanitaires. La première définit le risque comme un danger externe pour les populations, tels que ceux liés à l'environnement (pollution, explosion nucléaire, etc.), sur lesquels les individus ont très peu de contrôle (Lupton, 1993 : 426). La deuxième vise les risques conçus comme conséquences de choix personnels en matière de santé ou de style de vie et met l'accent sur l'auto-contrôle des individus (ibid. : 427). La manière dont sont conçus ces deux registres du risque est fortement liée à une « économie morale »¹⁵ (Fassin, 2009) faisant des un-e-s ou des autres les responsables ou les victimes de leur malheur : « The categorization of which risks are deemed to be external and which internal influences the moral judgements made about blame and responsibility for placing health in jeopardy » (Lupton, 1993 : 430).

¹⁵ « On considèrera l'économie morale comme la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (Fassin, 2009 : 1257). Pour une discussion de ce concept voir Fassin Didier, « Les économies morales revisitées ». *Annales HSS*, n°6, p.1237-1266.

Parmi les trois perspectives théoriques développées sur le risque – « culturelle/symbolique », « société du risque » et « gouvernementalité » (Lupton, 1999 : 1) – la troisième inspirée des travaux de Foucault est celle qui m’a semblé la plus pertinente pour aborder les questions de vaccination. Dans cette perspective théorique, « risk is understood as one of the heterogeneous governmental strategies of disciplinary power by which populations and individuals are monitored and managed so as to best meet the goals of democratic humanism ». Le but n’est pas de comprendre une « nature » du risque qui existerait en soi, mais d’étudier et analyser les discours dominants, les techniques et les institutions qui le construisent en le rendant calculable et connaissable (ibid. : 6). Dans la santé publique, c’est l’Etat, qui en tant que possesseur du savoir légitime, est autorisé à exercer un pouvoir sur le corps des citoyen-ne-s, servant ainsi d’agent de surveillance et de contrôle des populations, au nom de la défense de leur bien. Si cette perspective théorique est très utile pour comprendre les questions de vaccination, dans le sens où cette dernière rend chacun personnellement responsable du bien collectif, faisant ainsi peser une lourde responsabilité morale sur les individus au nom de la notion de solidarité, elle semble moins pertinente pour saisir la manière dont les vaccinations agissent comme instrument de gouvernement des corps et de normalisation. En effet, les vaccinations ne demandent aucun changement personnel de comportement, ne visent pas à modifier des habitudes de vie considérées comme mauvaises pour la santé et en cela ne semblent pas fonctionner sur l’auto-discipline des individus propre à la gouvernementalité des sociétés libérales. De plus, fonctionnant selon le schéma simple de « un virus - une maladie - un vaccin », elles ne prennent pas en compte d’autres facteurs de risque liés au comportement individuel ou à l’environnement social et mettant en jeu différentes modalités de responsabilisation. Pourtant cette approche m’a semblé pertinente pour comprendre à la fois comment le fait même de se faire vacciner fonctionne comme une norme et comment, dans le cas de la vaccination anti-HPV, le discours qui entoure la maladie que vient prévenir le vaccin peut être source d’une moralisation et d’une normalisation des comportements.

De la littérature sur le risque, j’ai retenu également son lien avec les notions d’incertitude, d’ambiguïté et d’anxiété en rapport au « fait de savoir », comme le développe l’anthropologue Margaret Lock (1998) dans son article « Breast cancer : reading the omens ». Dans son article, cette chercheuse s’interroge sur les nouvelles technologies de test génétique permettant de diagnostiquer certaines femmes comme « à risque » de développer un cancer du sein. Elle montre qu’en cherchant à prédire le futur et éviter le malheur, de nouvelles

ambiguïtés et incertitudes sont créées, liées notamment à la manière de lire et comprendre les probabilités statistiques qui disent le risque. En effet, le risque peut être compris comme un événement négatif allant se réaliser de manière quasi inéluctable, mais également comme une moyenne qui dissimule les variations ayant permis de la calculer : « We tend to view medians and means as hard “realities” and forget the most important thing, the variation that permits their calculation » (Lock, 1998 : 9). Le risque compris comme actualisation future d'un événement négatif suscite peur et anxiété. D'autant plus que les discours de la santé publique omettent de souligner la sécurité des marges, comme le dit Lupton :

« Public health rhetoric has often posited that all individuals should have the right to be warned of the dangers of their behavior. What is left out of this equation is the corollary : that all individuals should have the right not to be continually informed of the risks they might be taking when engaging in certain actions, or that they should have the right not to act upon warnings if so preferred. The discourse of risk ostensibly gives people a choice, but the rhetoric in which the choice is couched leaves no room for maneuver. The public is given the statistics of danger, not the safety margins. The discourse of risk is weighted toward disaster and anxiety rather than peace of mind » (Lupton, 1993 : 433).

Les médias jouent un rôle important dans la diffusion de cette définition réductionniste du risque : « Further, misrepresentation of probability estimates are common in the media, and at times in professional discourse, usually with the result that the odds of becoming diseased are estimated as greater than is warranted, thus heightening public anxiety » (Lock, 1998 : 8). Laissant de côté les débats scientifiques quant à la manière de construire des données épidémiologiques, par exemple, les médias tendent à véhiculer une image simplifiée du risque comme reflet réel d'un danger ou d'une menace imminente. Ainsi, les discours de la santé publique et médiatique sur le risque constituent un formidable moyen de gouverner l'action des individus, considérés comme responsables de leur santé, de par l'anxiété qu'ils génèrent et par conséquent de la marge de choix réduite qui leur est laissée.

1.5.4. Etudes genre : de la critique de la médicalisation du corps des femmes à la déconstruction du lien entre sexe, genre et sexualité

Les Etudes genre sont issues de l'institutionnalisation académique de la pensée et du mouvement féministe qui se sont développés dans les années soixante. Appelées dans un premier temps « Etudes femmes (Women's studies) » ou « Etudes féministes » (Parini, 2006 :

9) – chaque appellation recouvrant une perspective un peu différente – elles étudient, pour le dire simplement, la construction des catégories du masculin et du féminin, ainsi que les rapports entre les hommes et les femmes dans la société¹⁶. Ces études ont permis de mettre en lumière les biais androcentriques sous-jacents à l'élaboration des savoirs de multiples disciplines, excluant le groupe social des femmes et invisibilisant leurs activités et leurs points de vue. Elles ont aussi permis de montrer et critiquer la manière dont le groupe des femmes est naturalisé et pensé toujours en relation avec son corps ou ses tâches reproductives. Ainsi, de par leur critique épistémologique, elles ont renouvelé en profondeur la manière d'appréhender la construction du savoir scientifique, venant par là apporter une dimension critique forte au domaine des études sociales des sciences (voir par ex. Harding, 1993 et 1997 ou Haraway, 1988). Sans m'attarder sur l'histoire de la discipline, je vais maintenant présenter deux développements théoriques, au croisement desquels se trouve mon sujet.

Le premier développement concerne le rapport des femmes à la médecine et à la santé. En effet, les corps des femmes ont constitué des cibles privilégiées de contrôle et de gouvernement, notamment au travers de la notion de risque, faisant que le fait même d'être une femme constitue un risque :

« It is most often women in all their variation who are subsumed into categories of risk, which then come to stand in place of real people. The « making up » (in Hacking's words) of women as adolescent smokers, pregnant teenagers, single mothers, or as post-menopausal, signals impending disaster in one form or another. Increasingly, despite having on average a longer life expectancy than men, simply being a woman is deemed a risk, not because of high mortality during pregnancy and birth, as was formerly the case, but by virtue of the numerous hazards that certain behaviors, characteristics, or the unavoidable processes of ageing are thought to create for individual health and the health of one's offspring » (Lock, 1998 : 12).

A la suite des questions et critiques soulevées par le « mouvement pour la santé des femmes » qui s'est développé particulièrement aux USA dès les années septante, réclamant le droit à disposer de son corps, et dénonçant les aspects néfastes de la médicalisation des femmes, tout un pan de recherche en études genre s'est attaché à étudier la manière dont

¹⁶ Pour un bref résumé de l'histoire et des différences entre ces courants, lire l'introduction de Lorena Parini, 2006, *Le système de genre : Introduction aux concepts et théories*, Zürich : Seismo.

historiquement et culturellement le corps des femmes a été associé à la maladie, et dont la médecine est devenue « l'un des principaux agents de contrôle du corps des femmes, au nom de la santé et du bien-être de ces dernières » (Vuille et al., 2006 : 11). Ces recherches se sont principalement focalisées sur les questions liées à la reproduction et à la santé sexuelle, reconduisant ainsi la réduction des femmes à leur « santé génésique » qu'elles reprochent au corps médical, ce qui a suscité une première vague de critiques dans les années 90 (ibid. : 8). Une deuxième critique porte sur la vision réductrice de la médecine qui peut découler de ce genre d'approche en « l'assimilant de façon simpliste à une vaste entreprise de médicalisation de la société en général et du corps des femmes en particulier » (ibid. : 13), alors que la médecine est un champ non homogène, pluriel, parcouru de débats, et pouvant constituer une ressource importante pour les femmes.

L'auto-examen du col de l'utérus représentant le symbole de la réappropriation d'un savoir sur son propre corps et d'une résistance à celui imposé par le monde médical, attitudes défendues par le Mouvement de santé des femmes (Howson, 2001 : 97), le dépistage du cancer du col de l'utérus a été largement abordé dans cette perspective et analysé comme un instrument de contrôle et de surveillance, ainsi que le montrent les titres d'articles suivants : « “ Watching you – watching me ” : visualising techniques and the cervix » (Howson, 2001), « Resistance through risk : women and cervical cancer screening » (Armstrong, 2005), « “It is just part of being a woman” : cervical screening, the body and femininity » (Bush, 2000), « Women's experience of cervical cellular changes : an unintentional transition from health to liminality » (Forss et al., 2004). Alors que dans un premier temps, je considérais que la vaccination anti-HPV, par sa focalisation sur le seul corps des jeunes filles, pouvait constituer un exemple supplémentaire de contrôle des corps féminins, ces articles m'ont permis de voir également cette vaccination comme la source d'une occasion de libération pour les femmes car les dégageant potentiellement de la contrainte et du contrôle médical imposés par les dépistages, complexifiant ainsi ma vision des choses et me rappelant qu'une technique médicale ou sanitaire n'est a priori ni « aliénante », ni « libératrice » en soi.

Le deuxième développement théorique explore les relations entre sexe, genre et sexualité et étudie comment le savoir scientifique et médical contribue à la production de la différence sexuelle entre hommes et femmes, toujours pensée dans le cadre binaire de l'hétérosexualité normative. On utilise couramment, dans les études genre, la distinction sexe/genre, le premier pôle référant à une réalité biologique sur laquelle l'individu n'a que peu de prise et le

deuxième pôle référant à une réalité sociale susceptible d'être changée. Cette distinction, en réfutant l'idée de la biologie comme destin, a ainsi ouvert dans un premier temps un potentiel de libération important, mais elle a été par la suite critiquée car donnant la priorité au sexe, pensé comme a-historique et comme existant en-dehors du social, qui déterminerait le genre, les deux étant pensés comme se superposant. La philosophe Judith Butler, dans son célèbre ouvrage *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité* (2006) publié en anglais (USA) pour la première fois en 1999, revisite de manière critique cette distinction et montre que le sexe est une construction culturelle, de même que le genre, déconstruisant ainsi le rapport mimétique qui les lient :

« En conséquence, le genre n'est pas à la culture ce que le sexe est à la nature ; le genre, c'est aussi l'ensemble des moyens discursifs/culturels par quoi la « nature sexuée » ou un « sexe naturel » est produit et établi dans un domaine « prédiscursif », qui précède la culture, telle une surface politiquement neutre *sur laquelle*¹⁷ intervient la culture après coup » (Butler, 2006 : 69).

Montrer qu'il n'existe pas de sexe, ni de corps, en-dehors d'une grille de lecture culturelle et historique lui permet de mettre en question l'alignement normatif entre sexe, genre et sexualité. En effet, si le genre n'est pas déterminé par le sexe, qu'en est-il des identités genrées ? Selon Butler, « Les genres "intelligibles" sont ceux qui, en quelque sorte, instaurent et maintiennent une cohérence et une continuité entre le sexe, le genre, la pratique sexuelle et le désir » (ibid. : 84). Elle considère les identités de genre comme un effet performatif des pratiques discursives, rendues intelligibles seulement à l'intérieur de la « matrice d'intelligibilité » qu'est l'hétéronormativité, terme désignant « le système, asymétrique et binaire, de genre, qui tolère deux et seulement deux sexes, où le genre concorde parfaitement avec le sexe (au genre masculin le sexe mâle, au genre féminin le sexe femelle) et où l'hétérosexualité (reproductive) est obligatoire, en tout cas désirable et convenable » (Kraus, 2006 : 24).

Ces développements théoriques m'ont servi de base pour appréhender la manière dont est construite une catégorie genrée de personnes vaccinables et porter un regard critique sur les explications naturalisantes de cette division. L'attention portée aux sexualités, ou plutôt à l'hétérosexualité normative comme matrice d'intelligibilité de la différence sexuelle, m'a

¹⁷ En italique dans le texte.

permis également de saisir certains présupposés sous-jacents à la mise en place de la vaccination anti-HPV et sans lesquels elle paraît sans fondements. Si la théorie de Butler est très utile pour comprendre comment se forment les identités de genre, j'ai fait appel à un autre philosophe, Ian Hacking, pour réfléchir à la manière dont une catégorie de population est constituée. En effet, ce penseur a particulièrement réfléchi à la manière dont des classifications - comme l'obésité ou l'autisme par exemple - « façonnent » les gens, et comment en retour les personnes telles qu'elles sont classifiées agissent sur ces classifications, ce qu'il appelle « l'effet de boucle ». Dans son cours au Collège de France de 2001-2002, intitulé « Façonner les gens », il montre comment les classifications interagissent avec les gens qu'elles classent dans un nominalisme dynamique :

« Ce qui fait de nous la personne que nous sommes, ce n'est pas seulement ce que nous avons fait, ce que nous faisons et ferons, mais aussi ce que nous aurions pu faire, et ce que nous pourrions faire. Façonner les gens, c'est modifier l'espace de possibilités qui définit la personne » (Hacking, 2001-2001 : 555).

Ainsi créer ou modifier une classification a des conséquences sur l'étendue des possibles permettant aux personnes visées par cette classification de se définir. Si dans le cadre de ce travail, je n'ai pas pu approfondir la manière dont la catégorie de personnes créées comme cible de la vaccination anti-HPV interagit en retour sur la classification qui la désigne, j'ai par contre recherché comment cette catégorie est constituée, selon quels critères, autour de quel organe et en produisant quelles différences.

2. FAIRE DU CANCER DU COL UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE SAILLANT : PRODUCTION DE RISQUE ET D'ANXIETE

Historiquement, les vaccins sont généralement associés à des maladies graves fortement contagieuses et menaçant le bien de toute une population. Or, la pathologie que vient prévenir le vaccin anti-HPV, c'est-à-dire le cancer du col de l'utérus, n'apparaissait *a priori* ni comme une épidémie, ni comme une menace sanitaire affectant le bien collectif. Et pourtant, elle est considérée comme un problème de santé publique suffisamment important pour faire l'objet d'une campagne de vaccination à grande échelle et être remboursée, en Suisse, par les assurances maladies obligatoires. Cela signifie-t-il que l'importance de ce problème de santé était sous-estimée, voire ignorée, auparavant ? Ou que l'importance soudaine accordée à cette pathologie est l'effet du battage médiatique et publicitaire ayant entouré l'entrée du vaccin sur le marché suisse ? Afin de réfléchir à ces questions qui participent au processus faisant du vaccin anti-HPV « un bon outil pour la tâche », il s'agira dans cette partie d'analyser la manière dont est décrite et qualifiée la pathologie que vient prévenir le vaccin étudié et de rechercher en quoi ce dernier l'éclaire d'un jour nouveau, tant du point de vue de son histoire naturelle, que de celui de son profil épidémiologique, ou pour le dire autrement, de se demander quelle est l'entité « cancer du col de l'utérus » construite au temps du vaccin et en quoi elle s'inscrit dans une continuité ou discontinuité historique avec celles élaborées précédemment.

Le vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) en prévention du cancer du col de l'utérus vient signer de manière explicite le lien entre virus et cancer, permettant de le présenter comme le premier vaccin contre un cancer, mais également d'inscrire théoriquement la pathologie qu'il vient prévenir dans le registre des maladies sexuellement transmissibles (MST). Ces deux registres du cancer et des maladies sexuellement transmissibles soulèvent des enjeux différents qui s'entremêlent dans cette vaccination. Il s'agira de les identifier et de réfléchir aux modalités selon lesquelles ils s'articulent. J'étudierai également la manière dont les HPV, en tant que virus, sont reliés à la pathologie « cancer du col de l'utérus », selon quelles modalités et en soulevant quels enjeux, notamment en termes de risque. Par ailleurs, qui dit vaccin, dit aussi santé publique, dont le langage privilégié est celui de l'épidémiologie mesurant l'impact d'une pathologie sur l'ensemble d'une population. Ainsi, alors que le cancer du col de l'utérus semblait être une maladie bien maîtrisée par le dépistage cytologique

par frottis et que son lien avec les papillomavirus humains était peu connu du grand public (Sherris et al., 2006, Giles and Garland, 2006), il est soudain apparu, suite à l'introduction du vaccin – c'est-à-dire de la possibilité matérielle d'un moyen de prévention primaire – comme un problème de santé publique majeur et un risque très présent dans la vie des femmes. Comment cela se produit-il ? Avec quels effets ? sont les questions que je vais aborder dans cette partie.

2.1. HISTOIRE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS: QUELQUES JALONS

Je vais tout d'abord brièvement présenter quelques points clés de l'histoire du cancer du col de l'utérus, ce qui me permettra de montrer que les connotations morales liées à la transmission sexuelle de ce cancer ne datent pas d'aujourd'hui et s'inscrivent dans une histoire vieille, pour le moins, de plus d'un siècle et demi ; que la notion de pré-cancer¹⁸ est cruciale pour le développement d'une prévention secondaire ; et que le lien entre virus et cancer est un lien complexe. Ensuite, je m'attarderai un peu plus longuement sur le système de dépistage en Suisse. En effet, il est difficile de comprendre les enjeux entourant la vaccination HPV sans s'intéresser au système de prévention mis en place auparavant. Pour présenter ces quelques jalons, j'ai choisi de me baser sur la version de l'histoire que donnent les chercheur-euse-s, scientifiques, médecins impliqué-e-s eux-mêmes dans le champ de la prévention du cancer du col. En effet, il ne s'agit pas de reconstruire l'histoire de ce cancer d'un point de vue externe, mais bien d'en présenter les moments importants autour de personnages-clés tels que les présentent les acteur-rice-s sociaux eux-mêmes partie prenante de cette histoire. Pour cela, je me base notamment sur deux entretiens avec des gynécologues romands, deux livres destinés au grand public et rédigés par des spécialistes français de la gynécologie pathologique, ainsi que sur des articles scientifiques et médicaux, écrits soit par des grands spécialistes du sujet, comme zur Hausen ou par des gynécologues impliqué-e-s dans le champ de la prévention du cancer du col utérin en Suisse Romande.

2.1.1. Rigoni- Stern : nonnes, vierges et prostituées

Le vaccin contre les HPV vient signer le lien entre un virus et un cancer inscrivant, du moins au niveau théorique, le cancer du col de l'utérus dans le registre des infections sexuellement transmissibles. En effet, les papillomavirus se transmettent généralement par contact cutané lors des rapports sexuels, avant tout anaux et vaginaux, et parfois aussi, plus

¹⁸ Les deux orthographes de « précancer » et « pré-cancer » sont en usage.

rarement, par contact oral ou digital (Burchell et al., 2006)¹⁹. Or, bien avant que les papillomavirus soient identifiés comme agents causals nécessaires au développement du cancer du col, le caractère de leur transmission sexuelle avait déjà été postulé. C'est Domenico Antonio Rigoni-Stern (1810- ?), un médecin italien, qui est généralement cité comme le premier à avoir publié un article²⁰ (1842) mettant en lien des conduites sexuelles avec la mort par cancer de l'utérus, cancer du col et cancer du corps de l'utérus n'étant pas distingués à l'époque (Griffiths, 1991 : 797). En étudiant les certificats des femmes mortes de cette maladie à Vérone entre 1760 et 1839, il s'est aperçu de la rare occurrence de ce mal chez les nonnes et les vierges²¹, contrairement à sa haute fréquence chez les veuves, femmes mariées, et prostituées (zur Hausen, 2009 : 260). Incertain quant aux causes de cette différence d'incidence, « he suggested that “decrease of vital powers”, “ temporary execution of the natural functions... or the periodicity... ” of the uterus, or “ mechanical damage ” might account for the propensity of married women to develop these cancers (Braun, non-publié). Ainsi, si le lien entre cancer du col et conduites sexuelles était reconnu, les modalités de ce lien et leur rapport de causalité n'étaient pas établis, faisant naître une série de théories causales centrées sur les particularités du corps de l'anatomie femelle, ainsi que sur les besoins sexuels incontrôlables des femmes (ibid.).

2.1.2. Papanicolau : quand le cancer devient pré-cancer

Jusque dans les années 1920, le cancer du col utérin était diagnostiqué seulement lorsque des signes cliniques graves tels que « hémorragies, douleurs d'envahissement et métastases » (Dachez, 2008 : 53) devenaient apparents, c'est-à-dire lorsqu'il était déjà à un stade très avancé. Il n'y avait que peu de traitements curatifs et les femmes atteintes de ce mal en mouraient généralement. C'est grâce à Georges Nicolas Papanicolau (1883-1962) et à son fameux « Pap test » que la possibilité de prévenir le cancer en détectant des stades précoces de la maladie s'est matérialisée. Médecin grec et zoologue ayant émigré aux Etats-Unis, Papanicolau a commencé par étudier, dans les années vingt, les cycles hormonaux chez les cochons d'Inde. Remarquant que les sécrétions vaginales collectées variaient selon le moment du cycle et constituaient des indicateurs du cycle d'oestrogènes, il s'est demandé si les frottis

¹⁹ Pour plus d'informations voir annexe II.

²⁰ Pour une traduction de l'article de Rigoni-Stern, voir SCOTTO Joseph et BAILAR John C. 1969. « Rigoni-Stern and medical statistics : a nineteenth-century approach to cancer research ». *Journal of the History of Medicine*, January 1969, XXIV, pp. 65-75.

²¹ Bien que cette notion soit largement reprise et véhiculée, elle est remise en question. Voir notamment : GRIFFITHS Malcolm, 1991, « Nuns, virgins, and spinsters ». Rigoni-Stern and cervical cancer revisited. » *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol.98, pp. 797-802.

vaginaux pouvaient aussi indiquer des éléments significatifs chez les humaines. Il a alors remarqué la présence de cellules anormales chez les femmes qui mourraient du cancer du col de l'utérus, puis s'est rendu compte que ces mêmes cellules se trouvaient également chez certaines femmes n'ayant aucun symptôme. De cette observation est née l'idée de la présence de signes annonciateurs de la maladie à un stade asymptomatique pouvant être détectés grâce à l'examen cytologique de frottis vaginaux, c'est-à-dire l'idée d'un cancer avant le cancer ou d'un pré-cancer. C'est en 1941 seulement que cette nouvelle approche cytologique du diagnostic du cancer a commencé à être prise au sérieux, ouvrant la possibilité de détecter les tous premiers stades de la maladie et ainsi d'intervenir suffisamment tôt. Elle correspondait par-là au message diffusé par l'ACS (*American Cancer Society*) fondée en 1913 « to combat the fatalistic attitude to cancer by arguing that it was curable if caught early » (Bryder, 2008 : 284). En 1942, a été publié le livre fondateur de la cythopathologie du col utérin *Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear* (Dachez, 2008 : 55). Les dépistages à grande échelle avec le pap test ont commencé à s'implanter dans les années 1950, d'abord aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, puis dans les autres pays industrialisés.

2.1.3. Zur Hausen ou l'attestation du lien entre papillomavirus humains et cancer du col de l'utérus

L'étiologie infectieuse de la maladie a été en quelque sorte occultée au niveau du grand public par le dépistage, même si la question d'une transmission sexuelle en lien avec le nombre de partenaires et l'âge des premiers rapports sexuels apparaissait toujours parmi les facteurs de risque présentés aux femmes comme favorisant le développement de la maladie (Armstrong et Murphy, 2008). Par contre, au niveau scientifique, la recherche d'un agent infectieux source du développement du cancer du col a continué. D'après le virologue allemand zur Hausen (2009 : 260) malgré le développement rapide de la bactériologie dans la deuxième partie du 19^{ème} siècle et les essais effectués afin de prouver le lien entre cette maladie et des agents infectieux transmis sexuellement, aucune donnée reproductible n'a été produite jusqu'à la fin des années 1960. Plusieurs candidats à son étiologie ont été présentés, comme les bactéries qui causent la gonorrhée ou la syphilis ou encore le virus de l'herpès, mais sans succès. Les HPV étaient déjà identifiés pour leur rôle dans le développement de verrues, notamment chez les animaux, depuis les années 1920, mais c'est seulement au début des années 1970 que les recherches sur leur rôle dans le développement du cancer du col ont commencé. Harald zur Hausen (1936-), réfutant le rôle du virus de l'herpès dans l'étiologie du cancer du col de l'utérus, est reconnu comme le chercheur ayant identifié les

papillomavirus humains comme agent viral intervenant dans le développement de cette pathologie. Reconnaissance manifestée en 2008 de manière internationale, lorsqu'il a reçu le prix Nobel de médecine pour son travail décisif sur les HPV, ayant permis le développement de vaccins, en compagnie de Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier, célébrés quant à eux pour leur « découverte » du virus du SIDA.

Le travail de zur Hausen a constitué le point de départ de tout un champ de recherche consacré aux HPV, développement réalisé grâce à la biologie moléculaire et aux techniques de génie génétique, telle que l'hybridation de l'ADN. En effet, si une corrélation avait été établie entre HPV et cancer du col, le lien de causalité restait encore à démontrer. Ainsi les chercheur-euse-s ont pu identifier environ une centaine de papillomavirus différents, certains ayant un fort potentiel oncogène, comme le 16, le 18, le 31 et le 45 par exemple, appelés à « haut risque », d'autres, non oncogènes, pouvant provoquer des condylomes, comme les types 6 et 11, appelés à « bas risque »²². La recherche sur les HPV a permis d'améliorer la compréhension de leur histoire naturelle compliquée et du processus par lequel une infection avec un certain type d'HPV peut entraîner des années plus tard un cancer du col. Les chercheur-euse-s ont montré la forte prévalence et forte contagiosité des HPV. On considère généralement que 70% des personnes actives sexuellement seront en contact avec un type ou l'autre de virus. Il est aussi démontré que dans près de 90% des cas, cette infection s'élimine sans traitement, alors que dans 10% des cas elle peut provoquer des lésions pré-cancéreuses (dysplasies légères ou CIN²³) pouvant à leur tour, si l'on n'intervient pas, s'aggraver et se transformer, au stade final, en cancer invasif. Si les HPV à haut risque sont considérés comme des agents causals nécessaires au développement du cancer du col de l'utérus, ils ne sont pas suffisants et d'autres facteurs y contribuent tels que la persistance de l'infection, une faiblesse du système immunitaire, la présence de co-infection et le tabagisme (Dachez, 2008 : 33).

²² Voir annexe II pour plus d'informations.

²³ « En effet, depuis les années 1950 on a compris que la plupart du temps le cancer du col était précédé, pendant des années, de lésions superficielles, non invasives, strictement limitées au plan du revêtement malpighien de surface et ne donnant rigoureusement aucun symptôme. Après avoir identifié le plus marqué de ces états précancéreux, appelé «carcinome *in situ*», on les a globalement dénommés «dysplasies», distinguant plus ou moins arbitrairement trois degrés de gravité croissante : dysplasie légère, dysplasie moyenne, dysplasie sévère – cette dernière rejoignant le carcinome *in situ*. Enfin, il y a une trentaine d'années, un pathologiste américain, Ralph Richart, a proposé une classification et des critères diagnostiques plus rigoureux qui ont permis jusqu'à nos jours, de reconnaître trois grades de *néoplasies cervicales intra-épithéliales* ou CIN : CIN 1, CIN 2, CIN 3 » (Dachez, 2008 : 27-28). Une autre appellation est de distinguer ces lésions en LSIL (lésions de bas grade) et HSIL (lésions de haut grade).

(Voir le site Internet

http://www.chuv.ch/dgo/dgo_home/dgo_patients/dgo_consultation_special_colpo/dgo_consultation_special_colpo_info.htm Consulté le 28.04.10).

Pour une analyse critique de ces catégories voir Clarke et Casper (1996).

De ces trois jalons, on peut retenir les connotations morales liées à la transmission sexuelle du cancer du col de l'utérus, la présence asymptomatique de cellules anormales et le développement lent de la maladie ouvrant la possibilité de détecter des pré-cancers et permettant d'intervenir à des stades précoces de la maladie et le lien de causalité entre HPV à haut risque et cancer du col de l'utérus, lien compliqué dans le sens où si tous les cancers du col sont issus d'une infection à HPV, toutes les infections à HPV ne se transforment pas automatiquement en cancer. Avant d'approfondir ma compréhension du cancer du col de l'utérus au temps de la vaccination et de voir comment tous ces éléments s'y mêlent, il me semble judicieux d'étudier encore un élément sans lequel il est difficile de comprendre les enjeux de la vaccination anti-HPV : le dépistage par frottis cytologique. En effet, si le cancer du col apparaît soudain comme un problème de santé publique très important pour la santé des femmes, pouvant laisser croire que rien n'était fait pour le prévenir auparavant, il faisait pourtant déjà l'objet de ces mesures de santé publique que sont les dépistages par frottis.

2.1.4. Le dépistage par frottis cytologique en Suisse : histoire d'un succès et d'un échec

Le dépistage à grande échelle par frottis cytologique a été implanté en Suisse dans les années 1960. Dans ce pays, le système de santé est organisé de manière cantonale et il n'y a pas véritablement de dépistage national organisé (OFS, 2008 : 40). Le dépistage repose par conséquent sur l'initiative personnelle des femmes et des gynécologues, principaux professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prévention du cancer du col. Le « guideline » de la Société Suisse de Gynécologie publié en 2004 recommande d'effectuer des frottis cytologiques auprès des femmes dès l'âge de 18 ans ou après le début de leur activité sexuelle, jusqu'à 69 ans, tous les trois ans après deux résultats non suspects, correspondant en cela aux recommandations internationales. Dans les pays où un système d'information à la population serait inexistant, un contrôle annuel est recommandé (Joris et Gaudin, 2002²⁴).

Dans les articles scientifiques analysés, j'ai constaté que l'histoire du dépistage peut être racontée sur le mode du succès ou de l'échec selon que l'on met l'accent sur ce qu'il a permis de réaliser ou sur ses failles, le plus souvent les deux histoires se succédant. La version

²⁴ J'ai consulté les articles tirés de la *Revue Médicale Suisse* sur leur site Internet, via Perunil. Les pages n'apparaissent pas dans la version électronique des articles, ce qui explique pourquoi j'ai juste mis les noms des auteur-e-s et la date de publication.

positive du frottis du col se déroule comme suit²⁵ : bien que le dépistage du cancer du col par frottis cytologique n'ait jamais passé de tests randomisés, il est considéré comme une des mesures de dépistage les plus efficaces dans la prévention du cancer et est très répandu de par le monde. Il est fortement associé à la baisse spectaculaire de l'incidence et de la mortalité du cancer du col, faisant dire à un gynécologue que j'ai interviewé : « oui vraiment, disons après la pénicilline, c'est le plus beau succès de la médecine » (VR, 06.05.09). En effet, « si en 1970, environ 250 femmes décédaient chaque année à cause d'un cancer du col de l'utérus, elles sont moins d'une centaine aujourd'hui. Le taux de mortalité standardisé correspondant est donc passé de 8/100'000 à 1,5/ 100'000 » (OFS, 2008 : 38). Le fait que l'évolution des lésions pré-cancéreuses soit lente, l'accessibilité physique du col de l'utérus – c'est-à-dire la possibilité d'y pénétrer par des voies naturelles sans avoir besoin d'ouvrir le corps – la possibilité d'effectuer des prélèvements et un suivi réguliers et l'existence de traitements relativement faciles à effectuer – tels que les méthodes de destruction de la lésion par vaporisation au laser, électrocoagulation et cryothérapie ou les méthodes chirurgicales d'exérèse comprenant la conisation au laser, au bistouri et l'électrorésection à l'anse diathermique²⁶ (Monsonégo, 2007 : 127-143) – en font un bon candidat pour le dépistage. Ainsi Papanicolau, « inventeur » du « pap test » fut vanté comme « an American success story and a “giver of life” » (Bryder 2008 : 284).

L'histoire du dépistage peut aussi être racontée sur le mode de l'échec en mettant l'accent sur ses failles ou ses limites et ses effets iatrogènes²⁷. En effet, malgré le dépistage mis en place, une centaine de femmes continue à mourir du cancer du col par année en Suisse. Si les taux de mortalité ont baissé pour la catégorie des femmes âgées, les femmes plus jeunes restent particulièrement touchées : « Entre 1970 et 1990, le taux d'incidence a diminué de plus de la moitié notamment chez les femmes de 55 à 69 ans. En revanche, aucune baisse n'a été observée chez les femmes de moins de 40 ans » (Petignat, Bouchardy, Sauthier, 2006). Les taux de mortalité avaient par ailleurs commencé à diminuer avant son introduction – l'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie étant considérées comme des éléments ayant probablement joué un rôle (OFS, 2008 : 40) – ce qui met en question l'influence du

²⁵ J'ai identifié les éléments relevés en me basant sur les sources suivantes : OFS, 2008 ; Editorial, *Revue médicale suisse*, n°3139, 09.01.2008 ; Joris et Gaudin, 2002 ; Sauthier, Gerber et De Grandi, 2002 ; Petignat, Bouchardy, Sauthier, 2006 ; Heinzl, 2008.

²⁶ Le principe de ces différentes techniques est de procéder à la destruction ou à l'ablation de la lésion pré-cancéreuse en atteignant le col de l'utérus par le vagin. Ces différentes techniques sont expliquées en détail dans l'ouvrage de Monsonégo (2007 : 127-143)

²⁷ Le terme « iatrogène » est défini comme ce « qui est provoqué par le médecin ou par le traitement médical » (Petit Robert, 2002). Il s'agit des troubles ou effets secondaires provoqués par le traitement mis en place.

dépistage sur l'évolution de ces taux²⁸. De plus, le frottis cytologique a une mauvaise sensibilité²⁹ comportant un risque élevé de faux négatifs « dont environ un tiers est attribué à des erreurs d'interprétation et les deux tiers au prélèvement et à la préparation du matériel » (Joris et Gaudin, 2002), problème que l'on cherche à surmonter en dépistant plus souvent, par exemple toutes les années, comme le disent Petignat, Bouchardy et Sauthier : « [...] il n'en demeure pas moins que les cancers « manqués » par le frottis cytologique sont une préoccupation importante. La pratique actuelle est d'effectuer un frottis plus fréquemment afin de pallier ce manque de sensibilité (on présume qu'une lésion manquée lors d'un premier dépistage, sera identifiée lors du frottis suivant). Néanmoins, il est souhaitable d'améliorer la qualité du test plutôt que de répéter des examens imparfaits » (2006).

Un autre problème existant en Suisse, en raison de l'absence d'un programme national de dépistage, concerne la couverture insuffisante de la population et le constat que certaines femmes sont surdépistées, alors que d'autres ne le sont pas assez, produisant des inégalités entre populations – inégalités entre cantons, mais aussi entre classes sociales. En effet, l'incidence du cancer du col est plus élevée dans les classes sociales défavorisées :

« Environ 90% des femmes interrogées ont déclaré s'être soumises à un dépistage par frottis dans les cantons de Bâle et Thurgovie, alors qu'elles n'étaient que 60% dans les cantons de Jura et Neuchâtel. Les enquêtes suisses de santé ont montré des taux de couverture plus faibles chez les ouvrières et les étrangères que chez les cadres ou les suissesses. En terme d'incidence, le risque d'être atteinte d'un cancer invasif est deux fois plus élevé dans le canton des Grisons que dans ceux de Bâle ou de Genève, reflétant directement les différences en matière de couverture par dépistage. Malgré le fait que le dépistage se soit largement généralisé en Suisse, il reste encore sous-optimal avec des populations surdépistées et d'autres sous-dépistées. En fait, pour un même nombre de

²⁸ « In 1973 a British Medical Journal editorial concluded that “even after 20 years of effort there is a lack of convincing evidence that they have reduced mortality from cancer of the cervix anywhere in the world, ... mortality has been declining even where there has been little or no-screening”. Noting that those most likely to be screened were middle-class women with the lowest risk of contracting cervical cancer, the writer added “It is at least conceivable, therefore, that the low rates of clinical disease reported in screened women might not be very different in the absence of screening” » (Bryder, 2008 : 285) Ce phénomène est également connu pour le cancer de l'estomac pour lequel aucun dépistage n'a jamais été organisé.

²⁹ « La sensibilité exprime l'aptitude du test à « réagir », à détecter la maladie en question. La sensibilité d'un test est estimée par la proportion de sujets malades ayant un test positif. La spécificité exprime l'aptitude du test à ne réagir, c'est-à-dire à être présent, qu'en présence de la maladie en question. La spécificité d'un test est estimée par la proportion de sujets non malades ayant un test négatif. (...) On appelle « vrais positifs » (VP) les sujets malades qui ont un test positif, « faux positifs » (FP) les sujets sains (non malades) qui ont un test positif, « vrais négatifs » (VN) les sujets sains (non malades) qui ont test négatif, et « faux négatifs » (FN) les sujets malades qui ont un test négatif. » (Jean-Baptiste Paolaggi, Joël Coste, 2001, *Le raisonnement médical de la science à la pratique clinique*, Paris :Estem, p.54)

frottis, on pourrait protéger plus efficacement la population suisse dans son ensemble » (Petignat, Bouchardy, Sauthier, 2006).³⁰

Ainsi, une grande partie des cancers sont détectés chez des femmes qui n'ont pas effectué de frottis depuis plusieurs années :

« Actuellement, une grande partie des patientes qui présentent un cancer du col utérin invasif n'ont subi aucun dépistage auparavant. A ce sujet, les chiffres sont comparables entre les différents pays. Nous ne disposons pas de chiffres précis pour la Suisse mais selon le Dr Bouchardy du RGT (Registre Genevois des Tumeurs), ces chiffres sont certainement identiques puisque 25% au minimum des patientes présentant un cancer invasif du col utérin à Genève entre 1996 et 1998 n'avaient pas eu de frottis de dépistage dans les 6 ans précédant leur diagnostic (communication personnelle) » (Gerber, De Grandi et Sauthier, 2002).

A cela il faut ajouter « la prise en charge inadéquate des frottis pathologiques » (Petignat, Bouchardy et Sauthier, 2006). En effet, avec les frottis de dépistage, il s'agit toujours d'une mesure de prévention secondaire qui permet de détecter des lésions et de les traiter le cas échéant, c'est-à-dire qui les empêche de se développer et de se transformer en cancer invasif, mais qui ne peut pas les prévenir à un niveau primaire. D'une part, il faut que les traitements soient adaptés et justifiés. Par exemple, la colposcopie³¹, utilisée pour localiser et éventuellement biopsier les lésions identifiées par la cytologie, « peut conduire à des diagnostics erronés et des traitements inappropriés, provoquant une angoisse inutile à un coût déraisonnable » (Monsonégo, 2007 : 106). De plus, selon plusieurs gynécologues interviewé-e-s, durant toute une période de trop nombreuses conisations³² ont été effectuées, ce qui n'est pas sans conséquence sur le vécu des femmes. En effet, comme il n'est pas possible de savoir exactement quelles lésions précancéreuses vont évoluer en cancer invasif, les gynécologues

³⁰ J'ai choisi de présenter les citations tirées de sources écrites et publiées en police normale et les citations tirées d'entretiens en italique.

³¹ « La colposcopie est l'examen du col de l'utérus à l'aide d'un microscope grossissant appelé "colposcope". La colposcopie est recommandée pour examiner le col à la suite d'un frottis anormal. Elle permet aussi l'exploration du vagin et de la vulve lorsqu'une infection à papillomavirus a été détectée.[...]Si le frottis est considéré comme un test de dépistage, la colposcopie permet, lorsque le frottis est anormal, de visualiser d'éventuelles lésions sur le col, le vagin ou la vulve, et de rendre possibles des prélèvements de tissus anormaux appelé "biopsies". L'analyse au laboratoire de ces fragments de tissus anormaux permet d'établir un diagnostic définitif afin d'envisager un traitement approprié » (Monsonégo, 2007 : 93-94).

³² « Ce terme désigne l'intervention chirurgicale qui vise à enlever, par voie vaginale, une partie du col utérin. Celui-ci étant de forme conique, le nom de conisation s'est vite imposé. Deux techniques existent : la conisation au laser et celle au bistouri » (Monsonégo, 2007 : 141).

considéraient souvent préférable d'être plutôt trop interventionnistes, comme l'exprime Bryder (2008 : 286) : « the desire to avoid over-diagnosis was outweighed by the need to avoid any possibility of being held responsible for missing a case », faisant dire à l'historienne des sciences Ilana Löwy que « l'on agit contre un risque, plus que contre le cancer lui-même » (conférence IUHMSP, 18.12.2009). D'autre part, si une structure de traitement n'est pas mise en place de manière opérationnelle, le dépistage est inutile : « même si on a une structure de dépistage, si la structure de traitement n'est pas forte ça ne sert à rien, ça c'est le point fort de la Suisse, où tous les dix mètres vous avez un hôpital quasiment, donc c'est assez facile » (VR, 06.05.09).

Le dernier point négatif du système de dépistage, qui a été largement traité dans une perspective féministe (voir entre autres Singleton, 1996 ; Bush, 2000 ; Armstrong, 2005 ; Forss et al., 2004), est son impact sur le vécu des femmes. En effet, bien que considéré comme un acte banal dans la pratique des gynécologues et pour une grande partie de femmes l'effectuant annuellement, dès qu'un frottis permet de détecter des cellules dysplasiques, il entraîne aussi de la peur et des souffrances, comme l'exprime une médecin interviewée me parlant des réactions suscitées par le résultat positif d'un frottis :

« Enquêtrice : Et par rapport à la qualité de vie des femmes c'est un plus (le vaccin)?

AC : C'est un plus, pas tellement par rapport au dépistage, dans le sens où moi je suis gynécologue donc je ne crois pas que c'est néfaste. C'est juste un peu embêtant, mais c'est pas douloureux. C'est rien de faire un frottis par année, mais c'est vrai que les lésions... Je dirais que ce qui est assez étonnant, en fait, c'est que tout le monde fait ce dépistage en sachant qu'il est utile pour prévenir le cancer et que, quand il y a des lésions, tout le monde panique. Mais maintenant le virus est fréquent, donc les lésions de bas grade, les LSIL et comme ça, on les trouve fréquemment et c'est vrai que là les femmes elles paniquent, à cause de la peur du cancer et elles comprennent pas tellement quand on leur dit que ce n'est pas encore un cancer et qu'il y a une évolution qui est lente. Elles se voient déjà au cancer et donc il faut intervenir tout de suite, il faut faire quelque chose. [...] Par contre, quand elles viennent faire le frottis elles ne pensent pas au cancer, mais à la base il est fait pour ça » (SV, 23.04.09).

On voit dans cet extrait d'entretien que le fait d'avoir un résultat positif, c'est-à-dire d'être désignée comme à risque de développer un cancer est compris comme équivalent au fait d'avoir un cancer, marquant par là un effacement entre un risque et l'actualisation de la

maladie. Par ailleurs, un autre médecin interviewé m'a parlé des nombreuses peurs suscitées quant à la possibilité de futures maternités, étant donné que l'utérus est l'organe affecté. Il m'a expliqué que ces peurs étaient partiellement fondées. En effet, ce sont principalement les trop nombreuses conisations – c'est-à-dire un moyen de traitement consistant à enlever la partie du col atteinte – qui peuvent provoquer des naissances prématurées, et non directement le fait d'avoir une lésion dysplasique, à moins bien sûr qu'elle n'évolue en cancer invasif. Ces deux exemples permettent de souligner l'écart entre l'interprétation clinique des praticien-ne-s et la réception du diagnostic par les patientes. D'un côté, se trouve l'évaluation clinique d'un risque considéré comme relativement banal et bénin et de l'autre, une forte anxiété produite par l'évocation des mots « cancer du col utérin »³³, évoquant d'emblée la perspective d'une maladie grave nécessitant des traitements lourds.

Par conséquent, le système de prévention secondaire par dépistage et de traitement du cancer du col utérin, non seulement loin d'être parfait en termes de réussite – une centaine de femmes meurent toujours d'un cancer du col de l'utérus en Suisse – comporte de plus de nombreux effets iatrogènes³⁴ tant au niveau physique – douleurs, saignements, risques d'infection, risques de naissance prématurée – qu'au niveau émotionnel : « [...] the feelings of alarm, extreme anxiety and horror related to beliefs that the abnormal (positive) smear implied cancer, necessitating a hysterectomy, an end to childbearing, and possible death » (Bryder, 2008 : 286). Par ailleurs, des chercheuses féministes ont analysé le système de dépistage comme moyen de contrôle et de surveillance des femmes, associé à « un discours de culpabilité oppressif où la non-participation est définie en terme d'ignorance » (Singleton, 1996 : 462).

Ainsi, le vaccin, loin d'émerger dans un vide socio-culturel, s'inscrit dans l'histoire à double facette du dépistage, venant en combler les failles. En effet, dans les articles analysés l'histoire du dépistage est plus ou moins racontée sur le mode de l'échec selon que l'auteur-e veut mettre en avant les bénéfices du vaccin ou pas. Il aurait été possible de mettre en place un programme national de dépistage afin de couvrir une plus grande partie de la population comme le suggèrent Sauthier, Gerber et Grandi : « Il serait peut-être souhaitable de

³³ Pour une analyse des différences de compréhension entre professionnel-le-s et femmes dépistées, voir Armstrong et Murphy (2008). Pour une analyse du vécu des femmes après l'annonce d'un frottis positif voir Blomberg, Forss et al. (2009).

³⁴ Pour des articles mettant en avant les effets iatrogènes du dépistage du point de vue du vécu personnel, voir Britten (1998) et Groopman (1999).

développer un programme national de dépistage afin de couvrir le plus largement possible la population avant de développer des méthodes de plus en plus sophistiquées de prévention du cancer du col utérin » (2002). Pourtant cette option n'a pas été retenue et le vaccin sera préféré à l'amélioration du système de dépistage, venant ainsi se greffer sur les limites de ce dernier, notamment par rapport à la question d'une médecine à deux vitesses, le vaccin permettant d'intervenir préventivement idéalement avant que des différences sociales significatives se créent entre jeunes femmes, contrairement au dépistage qui ne ferait que traduire ces différences. On retrouve ici une logique de santé publique selon laquelle plus l'intervention est précoce, plus son efficacité, économique et épidémiologique est grande et plus elle est bénéfique pour la population.

Après avoir présenté trois jalons importants de l'histoire du col de l'utérus et donné quelques éléments de l'histoire à deux facettes du dépistage, je vais maintenant m'intéresser à la manière dont est décrite l'entité pathologique du cancer du col de l'utérus au moment où un moyen de prévention primaire – le vaccin anti-HPV – arrive sur le marché.

2.2. LE CANCER DU COL, UNE URGENCE SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE ?

L'un des premiers éléments qui m'a frappée quand je lisais des articles scientifiques, médicaux ou issus de la presse romande sur le vaccin HPV, c'est le besoin d'affirmer l'existence et l'importance du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique important, convoquant pour cela le langage de l'épidémiologie. Plutôt que de commencer, par exemple, par expliquer l'histoire naturelle de cette pathologie, c'est par son profil épidémiologique que la plupart des articles analysés commencent. Cette importance donnée au profil épidémiologique de la maladie reflète, d'une part, l'importance de cette discipline dans les politiques de santé publique actuelles d'une manière générale, mais également, d'autre part, est spécifique à la manière dont on qualifie le cancer du col au temps de la vaccination. En effet, c'est l'arrivée du vaccin sur le marché qui crée le besoin de visibiliser le cancer du col comme problème de santé publique majeur. D'une part, dans un sens très pragmatique, car pour mesurer l'impact de la vaccination, son utilité et évaluer son efficacité, il faut tout d'abord connaître le nombre de cas concernés par cette maladie et en dessiner le profil épidémiologique. D'autre part, dans le sens où le poids du fardeau de cette pathologie en termes de santé publique permet de justifier et légitimer les politiques de vaccination mises en place. En effet, comme on l'a vu, les vaccins visent généralement à prévenir des maladies touchant le bien collectif et jusque là dans les pays occidentaux cette

maladie semblait relativement bien maîtrisée par le système de dépistage et par conséquent peu susceptible d'apparaître comme problème de santé publique majeur.

Dans cette partie, je vais tout d'abord présenter quelques éléments d'épidémiologie en me basant sur l'analyse d'un numéro spécial de la revue *Vaccine* consacré à ce domaine en lien avec la vaccination anti-HPV. Puis je montrerai comment la version épidémiologique du cancer du col circule dans les discours médicaux, de santé publique et médiatique et finalement m'arrêterai sur les enjeux soulevés par la présentation du cancer du col de l'utérus comme un risque très présent et une menace grave pour la santé des femmes et des jeunes filles.

2.2.1. Quelques éléments d'épidémiologie : *Vaccine* ou la mise en relation d'une pathologie avec une population

L'épidémiologie est une branche très importante de la médecine préventive, pouvant être définie comme « l'étude de la distribution, de la fréquence et des causes des maladies humaines, mais aussi l'étude des atteintes à la santé et des applications des mesures de santé publique, voire de prévention spécifique des maladies et de tout ce qui menace la santé » (Coura, 2004 : 425). Son vocabulaire est constitué principalement de statistiques, de probabilités, de modèles mathématiques et de notions telles que la « prévalence », l'« incidence », la « mortalité » et le « fardeau d'une maladie ». Ses outils permettent d'objectiver l'impact d'un problème de santé sur une population donnée, dans un territoire donné, opérant par là le passage de la clinique, caractérisée par le colloque singulier entre médecin et patient, à la santé publique, gérant des populations. En effet, avec l'épidémiologie, il ne s'agit pas de s'intéresser aux cas individuels, mais bien de les constituer en « population » dont seulement l'une ou l'autre caractéristique est significative, opérant par-là une réduction autour d'un élément. Par exemple, un groupe de personnes ne sera pris en compte que dans la mesure où il partage des caractéristiques communes de sexe, d'âge, de statut infectieux, de maladie, etc. En comptant et objectivant des phénomènes biologiques tels que la maladie et la mort et en les inscrivant dans une dimension collective, cette discipline les traduit ainsi en un souci politique.

L'un des suppléments de la revue *Vaccine*³⁵ est justement consacré à l'épidémiologie du cancer du col. Publié en novembre 2007, le but de ce rapport est d'évaluer le fardeau de la maladie afin d'aider les personnes en charge de la santé publique et celles et ceux qui prendront les décisions ou élaboreront les recommandations à propos de la vaccination :

« The Immunization, Vaccines and Biologicals department of the World Health Organization (OMS) and the Cancer Epidemiology and Registration Unit of the Institut Català d'Oncologia have developed the *WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre)* to evaluate the burden of disease and to help facilitate the implementation of the newly developed HPV vaccines » (2007 : iv).

Cette citation nous permet de voir que les calculs statistiques et données épidémiologiques ne sont pas séparés de leur utilisation pour la décision et l'action. Il ne s'agit pas de produire un savoir uniquement pour l'avancement d'une science qui serait détachée de ses usages sociaux, mais bien de créer un savoir utile pour l'action politique en santé publique. Ainsi, dans l'introduction du rapport, la science, avec sa prétention à l'objectivité, ne paraît pas séparée de ses enjeux politiques et sociaux, séparation qui s'opère par la suite, comme nous allons le voir.

Ce rapport présente des données concernant le fardeau de la maladie, sa prévalence, la distribution des types HPV, la couverture de dépistage et les co-facteurs contribuant au développement du cancer du col utérin, donnant d'abord des données mondiales, puis passant chaque pays en revue. Il s'agit non pas de décrire le cancer du col en tant que maladie en soi, mais bien de le mettre en relation avec des populations données et des territoires donnés, c'est-à-dire de décrire le cancer du col utérin tel qu'il est présent dans une population. Il s'agit de compter des cas et de les mettre en relations avec certaines variables, afin de pouvoir faire du cancer du col de l'utérus une entité objectivée et quantifiable et, à terme, de mesurer l'impact de la vaccination. En effet, c'est dans le but d'implanter la vaccination HPV qu'il devient nécessaire de penser le cancer du col en termes épidémiologiques.

³⁵ Journal officiel de la société internationale pour les vaccins, servant d'interface entre la communauté scientifique, les domaines de la recherche et du développement et les professionnels sur le terrain. L'adresse de son site Internet est la suivante :

http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/30521/description#description

Consulté le 29.10.2009.

Le fardeau (burden) du cancer du col de l'utérus est évalué en fonction de l'incidence³⁶ de celui-ci et de la mortalité³⁷ qu'il provoque. On apprend ainsi qu'en Suisse (*Vaccine*, 2007 : C194), 389 femmes sont diagnostiquées avec un cancer du col de l'utérus et que 108 femmes meurent de cette maladie chaque année sur une population de 3,16 millions de femmes comptées et prises en compte à partir de 15 ans. Ces chiffres sont ensuite évalués en rapport avec l'incidence et la mortalité des autres cancers. On apprend alors que le cancer du col est classé au 10^{ème} rang des cancers les plus fréquents chez les femmes en terme d'incidence et le 16^{ème} en terme de mortalité, et le 3^{ème} plus fréquent chez les femmes entre 15 et 44 ans en termes d'incidence et de mortalité. La notion de prévalence³⁸ est également importante pour mesurer l'impact des HPV sur une population. Elle peut être précisée en calculant celle des types HPV – il y en a plus d'une centaine – ou en se focalisant sur les HPV 16 et 18 ce qui permet de décrire le nombre de cas qui peuvent potentiellement être prévenus par les deux vaccins anti-HPV commercialisés.

Ces chiffres et statistiques disent à la fois beaucoup et très peu. Ils renvoient une image à la fois très précise de l'impact du cancer du col sur une population donnée, et en même temps très complexe, complexité qui renvoie à l'histoire naturelle de la maladie. En effet, on peut voir dans ce rapport que l'entité cancer du col de l'utérus est divisée en lésions de bas grade, de haut grade et cancer invasif, on voit qu'il est possible d'avoir un statut HPV positif et d'avoir une cytologie normale et qu'il y a de nombreux types d'HPV. Cette complexité de l'histoire naturelle pose des questions quand elle doit être traduite en termes épidémiologiques. Quels sont les éléments pris en compte et comptés ? Le nombre total de lésions, le nombre de cancers invasifs, de lésions de haut grade ? Faut-il prendre en compte la prévalence élevée de HPV ou le nombre de cancers déclarés ? Ces chiffres disent ainsi très peu en eux-mêmes. Une centaine de femmes mortes par année, est-ce beaucoup ou peu ? Qu'est-ce que cela signifie en termes de santé publique ? Comment décider que ce taux est suffisamment haut pour intervenir ou pas ? Cela les chiffres ne nous le disent pas. C'est par la comparaison avec d'autres cancers, par exemple, que les chiffres commencent à être

³⁶ « The number of new cases arising in a given period in a specified population. This information is collected routinely by cancer registries. It can be expressed as an absolute number of cases per year or as a rate per 100'000 persons per year. The latter provides an approximation to the average risk of developing a cancer » (*Vaccine*, 2007 : C222)

³⁷ « The number of deaths occurring in a given period in a specified population. It can be expressed as an absolute number of deaths per year or as a rate per 100 000 persons per year » (*Idem*).

³⁸ « The proportion of subjects who tested HPV-positive according to an HPV DNA test. HPV prevalence is computed among different pre-defined groups such as women with normal cytology, women with low-grade lesions, women with high-grade lesions, or women with invasive cervical cancer.» (*Vaccine*, 2007 : C222)

interprétés. On peut en effet imaginer que plus le cancer sera classé haut, plus il sera susceptible de faire l'objet de mesures de santé publique. Si le but du rapport est bien de mesurer l'importance du fardeau du cancer du col de l'utérus et par conséquent implicitement de permettre de justifier et légitimer la vaccination par les chiffres et statistiques relevés, les données sont présentées de manière neutre et objective sans qu'elles ne s'insèrent explicitement dans un discours qui leur donne du sens, opérant par là une séparation entre les données scientifiques brutes et les usages politiques et sociaux qui en seront faits. Il est alors intéressant de se pencher sur la manière dont ces chiffres sont présentés dans les articles, scientifiques, médicaux ou de la presse romande et les documents officiels de la santé publique, afin d'analyser comment ils sont utilisés, avec quels effets et en soulevant quels enjeux.

2.2.2. La version épidémiologique du cancer du col de l'utérus dans les discours médicaux, de santé publique et médiatique : l'effacement du reste du monde

De nombreux articles scientifiques, de santé publique et de presse ayant pour objet le vaccin anti-HPV commencent en introduction par affirmer son importance en termes épidémiologiques. Par exemple, au niveau de la presse scientifique et médicale suisse, j'ai trouvé dans la *Revue Médicale Suisse*³⁹ un article intitulé « Papillomavirus et cancer du col de l'utérus ». Publié avant que le vaccin ne soit mis sur le marché, mais s'inscrivant déjà dans la perspective de la sortie prochaine d'un vaccin, il commence par ces lignes :

« Chaque année, on dénombre dans le monde environ 371 000 nouveaux cas de cancer invasif du col représentant presque 10% de l'ensemble des cancers chez la femme. Jusque dans les années 90, il était le cancer le plus fréquent dans les pays en voie de développement avant de céder la place au cancer du sein. Le tableau d'incidence des cancers, toutes localisations confondues parmi les quinze pays européens, place la Suisse au 8^{ème} rang. Cette incidence est particulièrement élevée si l'on constate que, du 2^{ème} au 9^{ème} rang, la différence de taux est inférieure à 20/100 000 habitants. [...] La répartition des cancers en Suisse, selon leur localisation, nous apprend que l'appareil génital féminin (utérus, ovaires) totalise plus de 40 cas pour 100 000 habitants et que le taux du seul cancer de l'utérus représente une valeur légèrement inférieure à 10/100 000 habitants, donc 25% de l'ensemble du système génital » (Joris et Gaudin, 2002).

³⁹ « LA revue de formation médicale continue en Suisse romande »³⁹, destinée aux professionnel-le-s et comprenant des numéros pour chaque spécialité médicale. Voir leur site : http://www.medhyg.ch/mh/menu/maisons_d_editions/medecine_et_hygiene/revue_medicale_suisse
Consulté le 30.11.2009.

Dans la même revue, dans l'article intitulé, « Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives », également publié dans la perspective de la sortie prochaine du vaccin, on peut lire :

« Le cancer du col utérin est le second cancer le plus fréquent de la femme dans le monde. Chaque année près de 500 000 nouveaux cas de cancer du col sont diagnostiqués et sont à l'origine de près de 250 000 décès. Environ 80% de ces cancers surviennent dans les pays en voie de développement où il reste le cancer le plus fréquent. L'Amérique latine et l'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées. Ces décès surviennent le plus souvent chez des femmes jeunes et affectent des familles et communautés qui dépendent fortement du rôle joué par les femmes comme soutien de famille. En Europe de l'ouest, il ne représente que 4 à 6% des cancers féminins. [...] En Suisse, environ 100 femmes décèdent chaque année d'un cancer du col et deux tiers d'entre elles sont âgées de plus de 65 ans. En Europe, la Suisse occupe une position intermédiaire avec une incidence de 7,2 pour 100 000 femmes (taux standardisé sur la population européenne) » (Petitgnat, Bouchardy, Sauthier, 2006).

Ces deux articles, pris en exemple, commencent en introduction par affirmer l'importance épidémiologique du cancer du col utérin, tout d'abord dans le monde, puis en relation avec la Suisse. Offrant une image détaillée de cette pathologie, ils introduisent une distinction géographique entre les pays dits en voie de développement et les pays européens en général, et la Suisse en particulier. Visant à affirmer l'importance épidémiologique du cancer du col, le ton utilisé n'en reste pas moins principalement descriptif. Par contre dans ce troisième passage, extrait d'un article consacré directement au vaccin et intitulé « Vaccin prophylactique anti-HPV : “un grand pas pour l'humanité et...” des questions pour notre société ! », l'accent est mis sur le taux de mortalité et l'échec du dépistage, utilisant ainsi un ton plus alarmiste, ce qui a pour effet de générer un plus grand sentiment d'urgence :

« En dépit du développement des tests de dépistage du cancer du col utérin, ce dernier reste un problème de santé publique majeur à travers le monde. Le cancer du col est encore actuellement le second cancer le plus fréquent chez la femme, après celui du sein, avec chaque année près de 500 000 nouveaux cas diagnostiqués, associés à un taux de mortalité d'environ 50%. En Europe, plus de 40 femmes meurent chaque jour d'un cancer

du col. En Suisse, en l'absence d'un réel programme de dépistage national, environ 100 femmes décèdent chaque année suite à un cancer du col ». (Gerber et Gremlich, 2006).

Dans ces trois articles, « le monde » présent dans les premières lignes disparaît de la suite du texte consacré à la seule situation des pays occidentaux et à la Suisse en particulier. Il semble ainsi servir principalement d'argument rhétorique visant à affirmer l'importance et la gravité du cancer du col, sans que la problématique de cette maladie dans les pays non-occidentaux ne soit traitée. Cet effacement du « reste du monde » dans les énoncés peut se lire comme l'usage stratégique de données épidémiologiques mondiale pour un usage local.

Voyons maintenant comment l'entité « cancer du col » apparaît dans les documents de santé publique. Par exemple, sur le site Internet officiel d'informations sur les vaccins⁴⁰ soutenu par l'OFSP, sur la page concernant le vaccin HPV, l'accent est mis sur la prévalence des infections HPV – sous-entendant que l'infection en soi est un problème de santé publique majeur – sur l'absence de médicament permettant de traiter cette pathologie, sur l'échec du dépistage et sur le fait que ce cancer touche des femmes jeunes. Ce dernier élément est renforcé par la photo, présente en haut de la page, de trois jeunes filles visiblement en bonne santé couchées sur une plage et qui peuvent illustrer ou représenter les destinataires du message et/ou les personnes concernées par son contenu :

« Les virus HPV sont la cause la plus fréquente d'infection sexuellement transmissible⁴¹, en Suisse et partout dans le monde. On estime que plus de 70% des hommes et des femmes sexuellement actifs sont contaminés dans leur vie. [...] Chez une femme sur 4 ou 5, une infection par un virus HPV 16 ou 18 dégénère en pré-cancer ou en cancer, par exemple du col de l'utérus. Ceci ne peut être diagnostiqué que par un examen gynécologique spécialisé avec un frottis de dépistage et éventuellement des examens complémentaires. Aucun médicament ne permet de guérir un pré-cancer ou un cancer causé par un virus HPV. Mais s'ils sont détectés à temps, un traitement par laser ou chirurgical peut être efficace. Le cancer du col est donc la conséquence d'une infection à virus HPV. Dans le monde, il est la deuxième cause de cancer de la femme – juste après le cancer du sein. En Suisse, plus de 5000 femmes sont confrontées chaque année à un diagnostic de pré-cancer du col de l'utérus et doivent subir des examens complémentaires et/ou une intervention chirurgicale. Ce sont le plus souvent des femmes jeunes, même si

⁴⁰ En ligne www.infovac.ch Consulté le 02.11.2009.

⁴¹ Souligné en gras dans le texte.

un cancer peut parfois n'apparaître que 20 ou 30 ans plus tard. Ainsi chaque année en Suisse environ 320 femmes présentent un cancer du col de l'utérus et une centaine en décède, malgré un programme national incluant des dépistages réguliers et malgré tous les traitements possibles » (<http://www.infovac.ch/index.php?Itemid=110> Consulté le 02.11.2009).

Dans cet extrait, destiné à la population-cible de la vaccination, le ton utilisé est plutôt alarmiste, mettant l'accent sur le risque très présent que représente la maladie que le vaccin vient prévenir dans la vie des jeunes femmes concernées et surtout sur l'absence d'autres moyens efficaces pouvant la traiter. Cependant, les données présentées dans cette information sont bien détaillées, contrairement à ce que l'on peut lire dans d'autres documents de santé publique destinés au grand public où certaines nuances et détails numériques ou géographiques se trouvent souvent réduits. Par exemple, dans le communiqué du Conseil d'Etat du 4 juin 2008 intitulé « Programme de vaccination contre le cancer du col de l'utérus (vaccin HPV) dans le canton de Vaud », on peut lire :

« Le vaccin protège efficacement contre les virus HPV 16 et 18 à l'origine de 75% des cancers du col de l'utérus, qui est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein. » Ou dans la lettre d'information destinée aux parents et à leurs élèves (Lausanne, juin 2008): « Il est recommandé de se faire vacciner avant ou au début de la vie sexuelle car le vaccin protège efficacement contre 75% des cancers du col de l'utérus qui est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme ».

La notion selon laquelle le cancer du col est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes est reprise et répétée de nombreuses fois dans les articles de la presse romande comme un leitmotiv. En voici juste quelques exemples :

« Ces derniers [les HPV] sont en effet à l'origine du cancer du col de l'utérus, qui vient au deuxième rang des cancers touchant la femme : 320 cas sont diagnostiqués chaque année en Suisse, dont une centaine sont mortels » (Petit-Pierre, *Le Temps*, 19.06.07).

« Le cancer du col de l'utérus est le second cancer le plus fréquent chez la femme après celui du sein » (Chatelain, *Le Temps*, 15.07.08).

« Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme après celui du sein. » (Sieber, *La Liberté*, 13.02.08).

Si dans les trois premiers articles médicaux examinés « le monde » qui apparaît en introduction disparaît dans la suite du texte, dans ces derniers énoncés, la notion selon laquelle le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer touchant les femmes dans le monde dont 80% des cas surviennent dans les pays en voie de développement est simplement omise, laissant croire que ces chiffres sont valables pour la Suisse et mettant de côté d'autres problèmes de santé qui dans ce pays causent plus de mortalité. Si ces données servent à affirmer l'importance du cancer du col comme problème de santé publique et à justifier l'entreprise vaccinale dont il fait l'objet, elles peuvent aussi en omettant de préciser que ce rang est valable au niveau mondial, et non au niveau suisse, créer de la peur, un sentiment d'urgence et donner l'impression d'un risque exagérément présent et imminent. Sentiment renforcé par des articles mettant l'accent sur la forte prévalence des infections HPV tel que « Virus HPV : 400 jeunes filles infectées par mois... Et on attend toujours »⁴² qui permet de montrer que non seulement le cancer du col est un problème très grave, mais de plus qu'il est extrêmement fréquent. Ce sentiment d'urgence sanitaire est accentué par le fait que l'on ne parlait pas ou très peu du cancer du col avant que le vaccin n'arrive sur le marché, comme l'exprime très bien une des médecins interviewées :

« Pourquoi tout à coup faire cette grande campagne HPV ? Qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que c'était une menace ? Est-ce que c'est une menace nouvelle ? Est-ce que c'est une menace dont on a complètement sous-estimé l'ampleur ? Vit-on tout à coup dans un danger contre lequel il faut se prémunir de toute urgence ? C'est des discussions qui ont eu lieu. Il y a eu un peu un effet comme cela. Un des problèmes, je trouve, de cette campagne-ci, c'est cet effet de loupe là-dessus, qu'il a été difficile de contrôler, en particulier dans la situation vaudoise où on a mis un gros accent dessus pendant une année. Donc, cela a beaucoup occupé les esprits et les journaux, et le Grand Conseil, ce qui donne l'impression que tout à coup c'est quelque chose de catastrophique. On peut se demander s'il n'y avait pas, peut-être, une version un peu plus douce. J'ai l'impression que cela a été en partie au moins maîtrisé par le type de communication faite, circonstancié, différencié. C'est un choix, voilà l'information. Ça a été un peu équilibré comme cela. Néanmoins, cela a quand même donné l'impression d'un coup de grosse bastringue, de gros sujet qui apparaissait tout à coup, mais qui heureusement n'a pas pris me semble-t-il des directions de type « je me vaccine parce que j'ai l'angoisse ». J'ai

⁴² Blog de Marianne Huguenin, médecin, syndique de Renens, popiste, du 15.10.2007. Texte consultable à l'adresse suivante : <http://www.mariannehuguenin.ch/content/view/76/50/> Consulté le 15 janvier 2010.

l'impression que ça a plutôt été : “je me vaccine parce que j'ai compris que ça valait la peine”, ce qui est autre chose » (FE, 15.05.09).

La manière dont circule la version épidémiologique du cancer du col dans les articles médicaux, de santé publique et de la presse romande, permet de montrer que l'affirmation de l'importance du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique est opérée par l'effacement du reste du monde dans des énoncés présentant en regard de la situation suisse des chiffres valables pour le monde entier. Le « reste du monde » est ainsi exploité rhétoriquement car utilisé pour affirmer l'importance d'un problème de santé publique en Suisse, et par conséquent vendre un vaccin dans ce pays, alors que ce vaccin lui est par ailleurs inaccessible financièrement. L'accent mis sur la très haute prévalence des infections HPV donnant l'impression qu'en elles-mêmes elles constituent un problème de santé publique très important, sur l'échec du dépistage et l'absence de traitements contribue également à visibiliser le cancer du col utérin comme un risque majeur très présent dans la santé des jeunes femmes et par là à produire de l'anxiété, « l'angoisse » évoquée par la médecin dans l'extrait ci-dessus. Finalement, il est intéressant de noter l'instabilité des chiffres utilisés. La raison de cette variation est leur usage stratégique pour mettre en avant l'importance de cette maladie, ou inversement la minimiser, comme on peut le voir, par exemple, dans le discours des opposants à la vaccination⁴³. Ces chiffres sont mobilisés par ces acteur-rice-s en raison de la valeur d'objectivité et de scientificité qu'ils véhiculent.

2.2.3. La brochure d'information aux élèves : faire peur, mais pas trop !

La brochure⁴⁴ distribuée aux élèves du canton de Vaud reflète bien la tension évoquée dans l'extrait d'interview ci-dessus, entre une volonté de ne pas paniquer les jeunes filles à qui elle est destinée et, en même temps, une volonté de bien mettre en avant la gravité du cancer du col utérin afin de montrer l'importance de se faire vacciner pour s'en protéger. Cette brochure met en scène dans une bande dessinée, trois jeunes filles sortant de l'école après avoir assisté à la séance d'information d'une infirmière scolaire sur la vaccination HPV. Les données sont présentées sur un mode décontracté, avec humour, le style de dessin évoquant la bande dessinée *Titeuf* de Zep. Après avoir expliqué que les HPV peuvent provoquer des verrues génitales et dans le cas où ils persistent, des lésions cancéreuses au niveau du col de l'utérus,

⁴³ Voir, par exemple, le dossier spécial présenté dans le *Wellness & Santé magazine* n°32, printemps 09.

⁴⁴ Cette brochure a été élaborée par des parents, leurs enfants, ainsi que l'équipe de la santé publique du canton de Vaud. Voir annexe III.

deux des jeunes filles discutent. A l'une qui dit que si on attrape ce virus, on risque d'attraper un cancer, l'autre répond : « Oui, mais pas de panique : le cancer du col de l'utérus n'est pas si fréquent... ». Suit une page fournissant des données épidémiologiques de manière illustrée : sont dessinées une centaine de filles avec les indications selon lesquelles sur 100 filles, 70 sont contaminées par le papillomavirus et la plupart d'entre elles vont l'éliminer naturellement, 6 vont développer une lésion précancéreuse et 1 développer le cancer du col de l'utérus. Il est ajouté en bas de page que « même dans le cas de lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus, on peut encore les soigner s'ils sont diagnostiqués à temps ». Ces chiffres et le discours qui l'accompagnent se veulent plutôt rassurants mettant en évidence le relativement petit nombre de jeunes filles pouvant développer un cancer du col sur le nombre de jeunes filles contaminées par des papillomavirus et mettant en avant le fait qu'il y a des possibilités de traitement. D'ailleurs sur la page d'après on voit un des personnages disant : « oh, alors ça va... » sous-entendant que ce problème de santé n'est pas si grave ou qu'il n'y a pas d'urgence.

Est illustré ensuite l'autre versant du discours qui vise à mettre en évidence l'importance épidémiologique du cancer du col dans le but de montrer qu'il est utile ou nécessaire de se faire vacciner. On peut lire que chaque année en Suisse « 5000 femmes ont des lésions du col de l'utérus qui nécessitent des traitements chirurgicaux, que 300 femmes développent un cancer de l'utérus et malheureusement plus de 80 en meurent ». On peut constater par-là que les mêmes statistiques peuvent selon la manière dont elles sont présentées et le discours dans lequel elles sont insérées prendre un tour rassurant ou produire de l'anxiété, dans la mesure où la personne qui les lit est appelée à se sentir concernée.

Sur la dernière page, on voit les trois jeunes filles de la bande dessinée qui chacune à leur tour énoncent leur décision de se faire vacciner ou non, les trois différents choix – « non », « oui », « j'attends » – étant présentés comme, *a priori*, aussi valables l'un que l'autre. Cette image met l'accent sur un processus de choix rationnel. Elle illustre l'aboutissement d'une démarche cherchant à éviter de faire du vaccin le remède aux angoisses créées par l'évocation effrayante d'une pathologie, tout en montrant tout de même qu'il vaut la peine de se faire vacciner. Un médecin ayant participé à l'élaboration de cette brochure m'a expliqué qu'il n'aurait pas été possible de faire une telle brochure par rapport à la grippe H1N1, par exemple, relevant d'une logique d'épidémie qui ne se retrouve pas avec le cancer du col de l'utérus :

« L'idée c'était donc de travailler sur le rationnel, pas sur l'émotionnel. Vous verrez sur cette brochure vaudoise, à la fin, il y a trois jeunes filles correspondant à trois attitudes. Alors, est-ce que c'est juste de faire ça quand on veut promouvoir une vaccination ? C'est un peu curieux de se dire "on fait tout ça, on promeut tout ça, ça vaut la peine, mais bon c'est votre affaire". Question posée par l'OFSP parce qu'on n'a pas utilisé leur matériel qui n'allait pas dans ce sens-là. Donc, c'est assez nouveau de faire tout ce parcours d'information, puis à la fin de dire : "ok, c'est vous qui choisissez" et de mettre à rang égal la décision de ne pas se vacciner avec la décision de se vacciner, mais c'est logique, comme peut-être vous le sentez peut-être maintenant, avec toute cette réflexion qu'il y a derrière. Nous, on voulait que les gens comprennent et puis se positionnent par rapport aux risques qu'ils prennent pour eux. On n'est pas du tout dans une logique de H1N1, par exemple, où toute la population peut être exposée et puis où il y a une personne qui va en contaminer toute une série d'autres. Alors on pourrait me répondre que c'est une maladie sexuellement transmissible et que par conséquent elle se transmet. Mais ce ne sont pas les mêmes modalités» (FE, 15.05.09).

Dans cet extrait d'entretien, se lit une tension entre deux qualifications du cancer du col de l'utérus. D'une part, cette pathologie en tant qu'objet d'une vaccination à grande échelle s'inscrit dans le registre des épidémies menaçant une population et, d'autre part, elle a un statut spécifique en raison de son mode de transmission – sexuelle – qui réduit dans une certaine mesure les possibilités de propagation des infections HPV, faisant relever la décision de se faire vacciner ou non d'une démarche individuelle. Cette tension est inscrite par mon interlocuteur dans deux registres, l'un qualifié d'émotionnel, l'autre de rationnel et mis en opposition. Ainsi, à la peur suscitée par les chiffres alarmants évoqués en parlant du cancer du col, s'inscrivant dans le registre émotionnel de la production d'anxiété, est opposé le registre rationnel, dans lequel s'inscrit un processus décisionnel individuel pouvant mener à des choix différents. La volonté de laisser un espace de décision quant au choix de se faire vacciner vient nuancer l'obligation morale de se faire vacciner pour se protéger d'une menace sanitaire importante, telle qu'on la trouve en cas d'épidémie. Il me semble que, dans le cas de la vaccination anti-HPV, cette tension vient se loger entre une volonté, partagée par la plupart des médecins interviewé-e-s, de susciter une grande adhésion à la vaccination en mettant en avant une menace sanitaire très importante qui a dominé durant son implantation, et la conscience, également partagée par mes interlocuteur-trice-s, que « ce cancer ne tue

finalement pas tellement par rapport à d'autres choses» (DH, 29.04.09) et qu'une démarche plus nuancée est souhaitable.

Deux médecins critiquent la page de la brochure illustrant les trois choix différents – « non », « j'attends », « oui » – et notamment les arguments avancés pour justifier les décisions énoncées :

« Moi Chloé, c'est non. Les garçons, l'amour et tout ça, c'est pas mon truc. Pour l'instant je veux m'amuser sans m'occuper de tout ça »

« Moi Sonia, j'attends. Actuellement, je n'ai pas de vie amoureuse, alors je vais réfléchir encore. Quand je me sentirai prête, j'irai consulter mon médecin »

« Moi Claire, c'est oui. Je veux me faire vacciner car je pense que je vais avoir prochainement des relations. Je ne veux prendre aucun risque et je suis convaincue des avantages du vaccin »⁴⁵

La première médecin, elle-même généraliste, mais effectuant dans le cadre de son travail des examens gynécologiques, critique d'une manière générale la charge émotionnelle⁴⁶ véhiculée par la diffusion des informations sur le vaccin. En particulier, elle trouve cette page biaisée car détournant le débat sur la question des rapports sexuels, plutôt que sur la nécessité de la vaccination. Un autre médecin reproche également que les arguments donnés pour se faire vacciner portent sur la sexualité des jeunes filles. Il considère ce domaine comme touchant l'intimité des sujets en lien avec des normes et le rapport à un groupe de pairs. Selon lui, amener le débat sur ce terrain peut être vécu comme un acte très intrusif par les jeunes filles, le risque étant que « se faire vacciner ou pas » devienne synonyme de « j'ai des rapports sexuels ou pas » (IP, 19.05.09). En centrant la décision de se faire vacciner ou non sur la question des rapports sexuels, on assiste à un déplacement de la notion de risque. Plutôt que

⁴⁵ Les HPV présents sur les muqueuses sont transmis principalement sexuellement (anal, vaginal). Idéalement, le vaccin devrait être administré avant les premiers rapports sexuels c'est-à-dire avant que le risque de contracter une infection HPV ne s'actualise.

⁴⁶ Il serait intéressant d'approfondir l'analyse du discours des – pour faire simple et schématique – « pros » et « anti »-vaccination, dans le sens où j'ai constaté que chacun-e accuse l'autre d'être dans l'émotionnel voire l'irrationnel. Les premier-ère-s critiquent la peur irrationnelle des effets secondaires des vaccins présente dans le discours des « anti » et les deuxièmes critiquent la peur irrationnelle suscitée par l'évocation de la maladie, cible du vaccin. L'utilisation rhétorique des registres de l'émotionnel et du rationnel semble servir avant tout à marquer une frontière entre le champ de la « médecine » classique construit autour des valeurs de scientificité, rationalité et objectivité et le champ d'autres pratiques médicales ou de santé, considérées comme relevant de l'irrationnel, de l'émotionnel et du non-scientifique.

de se vacciner, donc de se protéger contre une maladie grave ou dangereuse et menaçant le bien collectif, les jeunes filles se vaccineraient selon la première médecin pour être comme les autres, pour montrer qu'elles ont des rapports sexuels et par conséquent sont dans la norme. Ou alors, selon le deuxième médecin, elles ne se feraient pas vacciner de peur d'être considérées comme des « dévergondées » et étiquetées comme ayant une vie sexuelle débridée. Ces deux attitudes sont dictées par un besoin d'appartenance au groupe et la peur d'être jugées comme étant hors normes.

C'est en analysant ces entretiens que je me suis rendue compte que l'objet sur lequel porte le risque pouvait recouvrir différentes facettes selon les sensibilités de mes interlocuteur-trice-s. En effet, j'ai remarqué que la menace que je percevais comme étant dominante – celle du cancer du col de l'utérus – n'était pas figée pour eux-elles et pouvait se décliner selon différentes modalités. S'agit-il du risque suscité par le spectre d'un cancer ou d'une maladie sexuellement transmissible ? Du risque de faire peur aux jeunes filles par la perspective d'un danger imminent touchant leur santé ou pour ces dernières du risque de ne pas être dans la norme partagée par leurs pairs ? Ces différents registres de peur s'inscrivent à des niveaux différents et suscitent des enjeux divers qu'il s'agira d'interroger dans la partie suivante.

2.3. CANCER OU MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE : DE QUEL RISQUE PARLENT-ILS ?

Dans la partie précédente, nous avons vu que le langage épidémiologique utilisé pour parler du cancer du col de l'utérus peut être source de production d'anxiété, notamment en raison de la description du cancer du col, comme une menace grave et un risque très présent dans la vie des femmes qu'il permet de faire. Mais quel est le spectre de significations que recouvre cette notion de risque ? Quels sont les registres du risque mobilisés par les discours entourant le vaccin HPV ? Dans le discours épidémiologique, c'est le risque en termes d'incidence et de mortalité qui est mobilisé, amenant à le penser sur le mode général de la maladie et de la mort. Par l'analyse de la brochure d'information aux élèves et surtout des critiques qu'elle a suscitées auprès de certain-e-s médecins, nous avons vu que cette notion⁴⁷ se diversifie en risques liés au fait de contracter une maladie sexuellement transmissible et d'être jugé normativement sur sa conduite sexuelle que ce soit en tant que « dévergondée » ou

⁴⁷ Le terme de risque a ceci de particulier qu'il est à la fois utilisé comme concept dans les sciences sociales et comme notion de sens commun. « Risk is a concept with different meanings, according to who is using the term. The proliferation of usages of the term in both vernacular and professional applications means that it's meanings are both complex and confusing » (Lupton, 1993 :425).

« vierge ringarde ». Il s'agira dans cette partie de réfléchir aux différents spectres du risque évoqués par les médecins interviewés. En effet, le sens du risque que vient à la fois prévenir et produire le vaccin HPV n'est pas fixé de manière univoque, mais offre au contraire toute une série de déclinaisons.

D'une manière générale, le vaccin anti-HPV a été présenté comme permettant de se protéger contre un cancer, plus que contre une maladie sexuellement transmissible, même si, c'est le propre de ce vaccin, les deux sont liés. Bien que le vaccin contre l'hépatite B⁴⁸ soit aussi, indirectement, un vaccin contre un cancer⁴⁹, il n'a pas été commercialisé et ne semble pas connu du grand public comme tel, alors que l'on constate une grande visibilité du vaccin HPV comme premier vaccin anti-cancer. En effet, dans les documents de santé publique et la presse romande, le vaccin anti-HPV est le plus souvent qualifié de vaccin « contre le cancer » ou « vaccin anti-cancer ». Or, cette appellation n'est pas anodine. Inscrire le vaccin HPV dans la catégorie des maladies sexuellement transmissibles ou dans la catégorie des cancers soulève des enjeux et des spectres de risques différents en lien avec leurs histoires respectives. Si les maladies sexuellement transmissibles soulèvent des questions liées aux normes en termes de sexualité, de moralité et de stigmatisation de certaines populations (prostitué-e-s, homosexuel-le-s par exemple), le cancer de son côté est une maladie qui fait peur, qui est associée dans les représentations à la mort, à de grandes souffrances, qui évoque l'incurabilité ou des traitements lourds, longs et difficiles à supporter (Pinell 1992 ; Clarke et Everest, 2006). Dans les médias, cet accent mis sur le cancer au détriment des maladies sexuellement transmissibles suscite à la fois adhésion et critique de la part des professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s dans la mise en place de la vaccination.

2.3.1. Le cancer, fléau du 20^{ème} siècle

« Premier vaccin contre un cancer ». Cette expression souvent utilisée pour qualifier le vaccin anti-HPV reflète un progrès décisif dans la lutte contre le cancer et vient signer l'espoir de la fin d'un cancer (Monsonégo, 2007). Espoir proportionnel aux représentations de la gravité de la pathologie qu'il vient prévenir et permet potentiellement de vaincre. En effet, le cancer est non seulement associé à l'idée d'une maladie très grave, impliquant des traitements lourds et parfois inutiles, de grandes souffrances physiques et morales, mais aussi avec l'idée

⁴⁸ La vaccination généralisée des adolescent-e-s en Suisse a débuté en 1998.

⁴⁹ La comparaison entre le vaccin contre l'hépatite B et le vaccin anti-HPV a été plusieurs fois évoquée par les médecins et infirmières interviewé-e-s.

d'incurabilité pendant longtemps indissociable de cette maladie, c'est-à-dire la mort. A la crainte associée au diagnostic s'ajoute une dimension de jugement moral, comme le montrent Clarke et Everest dans leur « portrait » du cancer dans les médias de masse imprimés au Canada et aux Etats-Unis : « cancer has been described as the most feared of modern diseases. It has been associated with death, with long and sickening treatments, with punishment, lack of cleanliness, contagion, unpredictability, and traitorousness among other things. Fear has led people with cancer to be stigmatized and isolated from social life » (2006 : 2591). Ainsi prévenir un cancer par un vaccin a ceci de révolutionnaire que cela permet de s'attaquer à l'une des maladies les plus craintes du 20^{ème} siècle dans les pays occidentaux. De plus, l'idée d'un vaccin – c'est-à-dire un moyen de prévention considéré comme relativement simple à implanter, sûr et efficace – contre un cancer ouvre les espoirs les plus fous quant au pronostic d'une maladie grave, souvent mortelle, et pour laquelle jusque-là, n'existait aucun moyen de prévention primaire, ni de test diagnostic permettant d'organiser un dépistage, faute d'un agent causal connu (Pinell, 1992 : 11 et 255). Peur, dimension collective de la lutte et progrès scientifique: trois éléments qui se trouvent mêlés dans l'histoire du cancer dans laquelle vient s'inscrire le vaccin HPV et que je vais présenter maintenant.

Tout d'abord, premier point relevé par la plupart de mes interlocuteur-trice-s, le cancer est une maladie qui fait peur, peur qui a probablement joué un rôle important à la fois dans la rapide implantation de la vaccination et dans l'acceptation du vaccin dans la population comme on peut le lire dans les deux extraits d'entretien suivants. Par exemple, une médecin interviewée, me parlant de l'implantation de la vaccination :

« [...] Il y a eu un enthousiasme pour ce vaccin qui a été présenté comme LE vaccin contre le cancer qui était un enthousiasme parfois un peu délirant, largement soutenu par un financement massif [...] Je pense que ce qui fait fort c'est le mot cancer. Ça a été un argument massue. Là aussi, c'est une réflexion intéressante. Quand le sida est apparu, et j'ai vécu toute cette époque, je me rappelle les années 84-88, où il y a eu cette irruption, les gens avaient la pétoche, et le fric a débarqué. Enfin, il y a eu des sommes qui sont venues pour la recherche du jour au lendemain, comme maintenant sur la grippe. Malheureusement, la peur est très très efficace pour dégager de l'argent et je ne peux pas m'empêcher de penser que le mot cancer a joué un rôle, alors que ce cancer, soyons honnête, il ne tue pas tellement par rapport à beaucoup d'autres choses [...] » (DH, 29.04.09).

Un autre médecin, à propos de l'acceptation de la vaccination, me partage son avis :

« Je pense que malgré tout et quelque soit l'âge, les choix de prévention sont toujours basés sur la peur et le cancer ça fait peur. L'autre élément je pense c'est que c'est un cancer qui de nos jours est très présent dans la vie des femmes [...] Dans 20 ans, ça sera beaucoup plus difficile parce que dans 20 ans, l'incidence aura beaucoup diminué, et ce sera comme la polio maintenant. Maintenant, il y a des gens qui disent pourquoi je vaccinerais contre la polio, je ne connais personne qui a eu la polio, il n'y a plus de polio en Suisse. Alors que là, c'est quand même un cancer très présent dans la vie d'une femme [...] » (KL, 08.05.09).

Ces deux extraits d'entretien montrent que la peur est au centre des dispositifs de prévention. En effet, la peur suscitée par le spectre du cancer semble constituer un bon moteur à la fois de l'acceptation du vaccin – remède à cette anxiété – et de la mise en place rapide de la vaccination – lutter contre une maladie terrifiante relève du devoir de l'Etat face à ces citoyens et permet à un financement très important de se dégager. Le sentiment de peur peut aussi être considéré comme un élément négatif pour les personnes exclues du programme de prévention, car leur faisant prendre conscience d'un grand risque, très présent, sans leur donner les moyens de s'en protéger, comme l'exprime cette médecin, parlant des « effets collatéraux » produits par la vaccination :

« [...] et donc nous avons aussi à rassurer nos patientes hors programme. Je crois que, peut-être, on l'oublie un tout petit peu, mais c'est aussi important. Les filles de 22 ans qui viennent à notre consultation, qui ne vont pas faire le vaccin ou en tout cas auxquelles il ne serait pas remboursé, elles ont été alarmées par cette campagne, parce que, malheureusement, les termes utilisés c'était "vaccin contre le cancer", par conséquent celles qui ne sont pas vaccinées sont à risque de cancer. On a dû ainsi renforcer l'information individuelle, pour leur dire : "mais on fait de la prévention avec vous, C'est pour cela que vous êtes là aujourd'hui. On vous fait votre frottis de dépistage et on le refera dans une année et voilà" » (IP, 19.05.09).

Deuxièmement, plus qu'une simple peur associée depuis toujours aux signes de la maladie, Pinell (1992) montre, dans son analyse socio-historique de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), que le cancer en tant que catégorie médicale a été construit comme le fléau du 20^{ème} siècle impliquant en cela une dimension collective en raison de l'ampleur du mal qu'il

gènere et celle des mesures prises pour le combattre : « La peur et l'horreur du cancer sont donc des sentiments attachés à l'histoire de cette catégorie médicale et aussi anciens qu'elle. Mais – et c'est là qu'un tournant s'opère au début du XX^{ème} – ces sentiments qui, jusque-là, s'éprouvaient vis-à-vis d'une maladie "exceptionnelle" – tant par ses caractéristiques que par sa rareté – commencent à s'exprimer dans un discours public à propos d'une maladie à qui l'on prête une dimension " sociale" » (Pinell, 1992 : 9). En effet, si contrairement aux idées reçues le cancer n'est pas une maladie « moderne », c'est bien au 20^{ème} siècle que « l'idée que cette maladie représente par son incidence une menace pour la société prend peu à peu consistance » (ibid. : 10), ainsi que naissent les politiques sanitaires de lutte contre le cancer. Ainsi, bien que le cancer du col utérin ne relève pas directement de la catégorie des épidémies impliquant une dimension collective, par son inscription dans la lutte contre le cancer en général, il acquiert une dimension de santé publique. La construction du cancer comme « fléau » vient par conséquent encore renforcer la peur suscitée par l'évocation du mot cancer, en l'inscrivant dans une dimension collective.

Troisièmement, ce vaccin est issu de technologies de pointe telles que l'hybridation d'ADN ou la « fabrique » de « virus like particle » (VLP) relevant des domaines du génie génétique et de la biologie moléculaire dont la plupart des médecins interviewé-e-s sont très admiratif-ve-s. Le vaccin HPV s'inscrit ainsi dans une lecture de l'histoire mettant en avant les progrès réalisés par les sciences pour vaincre la maladie, et plus précisément relève de l'association « fléau meurtrier - progrès de la science » analysée par Pinell :

« Ainsi, la réunion des conditions rendant possible l'émergence de la représentation du cancer fléau correspond à un moment où sa place dans les sciences de la vie apparaît si centrale que la résolution de son énigme pourrait coïncider avec celle des grands problèmes du vieillissement, de telle sorte que, par un renversement dialectique, le « monstrueux » fléau universel devient porteur de l'utopie scientiste par excellence celle qui imagine la maîtrise de l'homme sur l'évolution de la vie et le recul des frontières de la mort. Cette représentation, en faisant du cancer l'objet « clef » d'une biologie moderne « post-pasteurienne », celui qui peut ouvrir l'accès à la connaissance des processus vitaux, situe son importance sociale au-delà de la seule question de son incidence sur la mortalité » (Pinell, 1992 : 297).

Ainsi, l'idée de pouvoir prévenir le cancer par un vaccin représente une avancée scientifique reconnue comme très importante par mes interlocuteur-trice-s. Mais, plus que cela, elle représente également un changement de perspective médicale, qualifié de « génial », car opérant la requalification du cancer comme maladie infectieuse :

« Ce qui est génial avec le vaccin, et que les gynécologues ne se rendent pas compte, c'est qu'on est en train de changer la médecine. Pourquoi ? Parce qu'en 1950 quand Papanicolau disait de faire un frottis, c'était une prévention secondaire, parce qu'on dépiste la maladie. Mais le vaccin c'est une prévention primaire, donc on va complètement changer. Et puis, ce qui est encore plus génial, c'est que l'on va utiliser un outil qu'on a en nous, notre immunité, pour se protéger d'un virus qui est inducteur d'un cancer. En gros, on va éviter un cancer par un vaccin, et ça jusqu'à maintenant... Si on avait dit ça il y a 20 ans, on aurait dit : "non mais attendez, vous voulez éviter un cancer en faisant un vaccin ? Mais on vaccine pas contre le cancer..." Mais il y en a plein maintenant des cancers, je crois que 25 % des cancers, de mémoire, 25% des cancers sont liés à une maladie infectieuse » (VR, 06.05.09).

Cet extrait d'entretien nous montre que l'aura scientifique du vaccin est à la mesure de l'ampleur du terrible mal qu'il vient combattre, et que parler de vaccin contre un cancer, c'est l'inscrire dans la longue histoire de la lutte contre ce fléau du 20^{ème} siècle et le faire apparaître comme « le bon outil » novateur, révolutionnaire et salvateur. On constate également que la peur produite par l'évocation du risque de cancer peut être considérée par mes interlocuteur-trice-s à la fois comme positive car bon moteur des actions de prévention, et à la fois comme négative, car suscitant un engagement des autorités sanitaires « émotionnel » au détriment d'autres problématiques de santé, et car faisant peser le spectre d'une grande menace sans donner les moyens de pouvoir s'en protéger aux jeunes filles exclues du programme de vaccination. Mettre l'accent sur le cancer, en parlant de cancer du col c'est aussi omettre de parler de sa transmission sexuelle, élément très discuté par mes interlocuteur-trice-s.

2.3.2. Infection sexuellement transmissible. D'une vie sexuelle dangereuse au sentiment de surprotection : un risque à plusieurs facettes

Malgré la peur que peut susciter l'évocation du cancer, parler d'un vaccin contre un cancer plutôt que contre une maladie sexuellement transmissible est, pour certain-e-s médecins, une chose positive dans le sens où elle permet de ne pas moraliser la vie sexuelle, le but étant d'éviter de reproduire une autre peur, liée à l'apparition du SIDA ou la connotation du vaccin hépatite B ciblant certaines populations à risques, comme on peut le lire dans l'extrait suivant :

« Le vaccin contre le papillomavirus c'est bien le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, pas le vaccin contre une vie sexuelle dangereuse et ça je trouve que, pour moi, si la distinction est bien faite, ça va bien. Alors les jeunes filles peuvent se sentir concernées ou non, là maintenant, par la prévention du cancer du col de l'utérus. Mais, j'aurais été plus inquiet si ce qui ressortait des discussions ou des messages reçus c'était : "alors voilà on va peut-être attendre pour une vie sexuelle parce que c'est embêtant, c'est dangereux quoi". Par rapport au choc des années 80, pour le HIV, c'était une perte de confiance générale, d'angoisse généralisée, à la fois diffuse, mal documentée, où toute relation pouvait être à risque. C'était le préservatif d'abord avant tout et toujours, sauf si vraiment vous êtes sûrs que..., et faites-vous tester plutôt deux fois qu'une. Et surtout méfiez-vous du partenaire. Donc il y a quelque chose là autour qui était de l'ordre d'un choc. Il était donc très important que le HPV ne revienne pas sur ces représentations-là ou sur ce paradigme-là » (FE, 15.05.09).

Ainsi mettre l'accent sur la dimension du cancer, risque relevant d'un registre moins connoté moralement que celui soulevé par les maladies sexuellement transmissibles, permettrait théoriquement de ne pas stigmatiser des comportements sexuels et de ne pas faire de la sexualité une chose dangereuse dont il faudrait se protéger.

Pourtant, bien que l'information aie été orientée de façon à porter plutôt sur le cancer, et que la sexualité des jeunes filles ne fasse pas publiquement débat en Suisse, la dimension sexuelle du vaccin est bien présente dans la pratique de mes interlocuteur-trice-s. J'ai entendu, par exemple, à plusieurs reprises que les jeunes filles devaient se faire vacciner avant leurs premiers rapports sexuels et que si une jeune fille avait déjà eu plusieurs partenaires, le vaccin risquait d'être moins efficace. Ces éléments relient directement le vaccin à la vie sexuelle des jeunes filles. Un autre aspect problématique relevé par mes informateur-trice-s sur le terrain

est lié à la réticence des parents à vacciner contre une MST des jeunes filles considérées comme très jeunes⁵⁰ et encore peu concernées par la sexualité, comme s'il n'était pas possible de penser l'enfance et la sexualité ensemble, ce qui touche probablement à la construction de l'enfance comme période de la vie asexuée. Deux éléments problématiques que le fait de parler de vaccin contre un cancer permet d'atténuer ou de rendre plus minimes.

Officiellement, la question du nombre de partenaires ou des rapports sexuels n'entre pas dans les recommandations et n'est pas posée. Les jeunes filles correspondant aux critères des recommandations peuvent se faire vacciner gratuitement sans autres formalités, contrairement à la France, par exemple, où le vaccin est recommandé officiellement avant les premiers rapports ou durant la première année des rapports sexuels. Mais dans la pratique, cette question est présente car liée à l'efficacité du vaccin – celle-ci étant « inversement proportionnelle au nombre de partenaires sexuels » (VR, 06.05.09) – et pose la question éthique de l'information donnée, au risque, selon certain-e-s médecins, de produire une grande intrusion dans la vie privée et l'intimité sexuelle des jeunes filles concernées par la vaccination, comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien suivant :

« [...] et puis on fait tout une histoire, une anamnèse sexuelle. Au début, les infirmières ne savaient pas trop si elles devaient demander aux filles si elles avaient déjà eu des rapports. Moi je me suis insurgée contre le fait qu'il commence à y avoir une anamnèse sexuelle qui serait faite à l'école. Ah moi ça m'avait choqué ! Certaines filles nous ont rapporté que l'infirmière leur avait demandé "est-ce que...". Je ne trouve pas ça normal. Ce n'était pas du tout justifié. Soit on décide de vacciner, on autorise le vaccin et le on prend en charge jusqu'à celles qui sont nées en 88, et alors on le fait sans les embêter avec des questions. Sinon, on a les mamans qui commencent à dire : "mais pourquoi toi tu n'as pas été vaccinée, puis ta copine, oui, c'est parce que toi tu as déjà des rapports. Combien tu as déjà eu de copains ?" Mais une immiscion [accent scandalisé] ! Ça ne regarde pas les infirmières, ça ne regarde pas les parents ! On vaccine, c'est une campagne et on le fait. [...] et c'était dangereux par rapport à..., enfin c'était pas respectueux par rapport à la vie intime de ces jeunes filles, je trouve » (IP, 19.05.09).

Entre souci éthique de donner une information juste et de ne pas tromper sur l'efficacité du vaccin, alors qu'une jeune personne a déjà eu plusieurs partenaires, et souci de respecter l'intimité sexuelle des jeunes filles concernées, parler du cancer du col en tant que maladie

⁵⁰ La vaccination est recommandée à partir de onze ans.

sexuellement transmissible semble constituer une entreprise malaisée pour les médecins et infirmières concerné-e-s.

Le deuxième aspect problématique touche l'acceptation des parents par rapport au fait de vacciner des filles (dès 11 ans) considérées comme très jeunes et *a priori* encore non concernées par la sexualité. Le principe de base de la vaccination selon lequel il doit être administré avant les premiers rapports sexuels se heurte à la construction de l'enfant comme innocent sexuellement et encore loin d'être à risque de contracter une MST. L'âge de onze ans semble marquer une limite entre l'enfance et l'adolescence et pour certains parents et médecins faire plutôt partie de la catégorie de l'enfance. Pour cette raison, parler de cancer plutôt que de maladie sexuellement transmissible permettrait de mieux faire accepter la vaccination, comme l'exprime ce médecin interviewé :

« L'impact de la société est très important. En effet, cela dépend de comment on vend le message. Là aussi les américains ont été très sensibles au fait que le message est totalement biaisé par les firmes pharmaceutiques. On ne vend pas un vaccin contre le cancer et ça c'est vraiment une formulation au niveau marketing. Vacciner une fille de 11 ans pour dire "vous risquez le cancer du col", ça touche beaucoup de monde. Ça, ça marche bien. Vacciner une fille de 11 ans contre une MST, parce que c'est ça HPV, les gens disent "non, mais attend ma fille a 11 ans, on ne va pas la vacciner contre une MST, elle n'a que 11 ans". Donc là, on sent très bien que l'information grand public, quand elle est maîtrisée par les firmes pharmaceutique... C'est des pros du marketing, donc ils ont vendu quelque chose qui passe bien, mais qui est pas juste à 100% » (VR, 06.05.09).

Cette citation ajoute une dimension supplémentaire à la tension entre cancer et MST identifiée dans le discours des médecins. En effet, on peut relever que la diffusion d'information sur le vaccin, si elle est relayée par les médecins et infirmières, est au départ maîtrisée par les firmes. Présenter le vaccin en mettant l'accent sur la dimension du cancer ou celle des MST relève de choix marketing et soulève d'importants enjeux financiers, le but des firmes étant d'abord de vendre leur produit. L'accent mis sur la dimension du cancer paraît être plus lucratif et s'inscrit ainsi dans une dimension économique. Au niveau de la santé publique, on retrouve le même type de communication, l'accent mis sur le cancer étant supposé susciter une plus grande adhésion à la vaccination. La diffusion d'un « vaccin contre un cancer » par les firmes et la santé publique donne une impression de grande homogénéité, l'intérêt financier des unes allant dans la même direction que l'intérêt sanitaire des autres,

mais au niveau des médecins et infirmières rencontré-e-s cette appellation fait débat et la dimension de transmission sexuelle pose question.

En effet, pour d'autres médecins rencontré-e-s, parler de cancer plutôt que de MST est une erreur stratégique, dans le sens où ce vaccin peut être ou pourrait être pris comme une occasion de faire de la prévention des maladies sexuellement transmissibles en général. Plutôt que de voir le fait de parler du vaccin HPV en termes de maladie sexuellement transmissible comme une intrusion dans l'intimité sexuelle des jeunes filles ou un risque de moralisation de leurs comportements sexuels, ils-elles considèrent qu'il est important de pouvoir profiter de ce vaccin pour faire de la prévention des MST à un niveau plus général. Certain-e-s y voient l'opportunité de rappeler que le port du préservatif est à conserver malgré le vaccin, de même que les dépistages et que le vaccin ne protège ni contre la grossesse, ni contre le SIDA, ni contre d'autres MST. Et ce d'autant plus que l'un des « effets pervers potentiels de la vaccination » (DH, 29.04.09) identifié est que les jeunes filles se sentent immunisées contre « tout » risque lié à la vie sexuelle et que les femmes cessent de se faire dépister ou qu'on assiste à une moins bonne adhésion au dépistage, ce qui est problématique étant donné que le vaccin HPV mis sur le marché ne couvre pas toutes les souches et n'élimine techniquement pas complètement tout risque de développer un cancer du col utérin :

« Le risque au fond, puisqu'on a présenté ce vaccin comme un vaccin un peu miracle, premier vaccin contre le cancer, enfin vous avez vu toute cette publicité, le risque évidemment, c'est que les gens se sentent immunisés contre tout, y compris le SIDA. Ça, c'est une des grosses craintes à l'OMS qui dit mais soyons très très prudent dans le message qu'on délivre. Et au fond la bonne pratique, c'est de profiter justement du vaccin pour faire aussi de la prévention dans d'autres domaines, ce que je pense qu'on fait en Suisse quand même assez bien. Je dirais que ça, c'est le premier effet pervers potentiel. Le deuxième, c'est que comme on ne sait pas exactement à long terme quelle sera l'efficacité du vaccin, le risque c'est que les femmes cessent de faire leur contrôle gynécologique » (DH, 29.04.09).

J'ai constaté ainsi que parler plutôt de risque de cancer ou de MST révèle des tensions chez plusieurs médecins interviewé-e-s. En effet, le souci de profiter du vaccin HPV pour faire passer des messages de prévention concernant les MST est présent chez la plupart des professionnel-le-s rencontré-e-s, manifestant ainsi le souci de promouvoir une médecine

intégrant les dimensions psycho-sociales des maladies. Cependant, les discours analysés m'ont permis de montrer que pour eux-elles évoquer la dimension sexuelle de la transmission du cancer du col fait naître le risque de représenter la sexualité comme quelque chose de dangereux, de générer des intrusions dans l'intimité sexuelle des jeunes filles, de moraliser leurs comportements sexuels, et de heurter les représentations des parents quant à la sexualité de leurs filles de 11-12 ans. Pour sortir de cette ambivalence, PLANeS (Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive) a pris position en suggérant de spécifier l'information selon le public visé, c'est-à-dire d'élaborer une brochure adressée aux jeunes filles de 10-12 ans et à leurs parents ne focalisant pas sur la dimension sexuelle, et une brochure destinée aux adolescentes et jeunes femmes qui inscrirait le vaccin dans le contexte de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Proposition, qui si elle permet de résoudre les tensions présentées ci-dessus, vient également cristalliser une distinction entre deux groupes d'adolescentes en les définissant en rapport avec leur âge corrélé à leur développement sexuel.

Ainsi, le spectre du risque se décline selon plusieurs modalités parfois contradictoires, de la menace du cancer avec l'anxiété qu'elle peut générer – exploitée économiquement par les firmes – au risque de surprotection susceptible d'être provoqué par le vaccin, en passant par la crainte de présenter la sexualité comme une chose dangereuse dont les jeunes filles devraient se protéger. Par ailleurs, les différentes facettes du risque analysées ci-dessus sont accentuées par l'effacement de la complexité du lien entre HPV et cancer du col de l'utérus.

2.4. HPV ET CANCER DU COL : EFFACEMENT D'UNE COMPLEXITE

2.4.1. Un vaccin contre un cancer, une appellation techniquement justifiée ?

L'appellation « vaccin contre un cancer » est considérée comme problématique par plusieurs médecins interviewé-e-s à un deuxième niveau : celui de l'histoire naturelle de la maladie. En effet, parler d'un vaccin contre un cancer donne l'impression que le vaccin agit directement contre un cancer, ce qui n'est techniquement pas tout à fait juste pour plusieurs raisons et évacue la complexité du développement de la maladie.

Tout d'abord, les tests de phase 2 et 3⁵¹ n'ont pour des raisons éthiques⁵² pas attendu le stade du cancer pour vérifier l'efficacité du vaccin. Celle-ci est prouvée pour la prévention de

⁵¹ « Pour bien comprendre les tenants et aboutissants de la genèse d'un médicament, il faut connaître les phases de la recherche pharmaceutique depuis la synthèse de la substance active (substance qui entraîne une action ou

dysplasies et non directement contre le cancer du col de l'utérus lui-même, bien que tous les cancers du col aient commencé par le développement de lésions dysplasiques, comme me l'explique une médecin interviewée :

« J'ai donc dit que c'est un vaccin qui est censé prévenir les cancers. On n'a pas de preuves que ça va vraiment être le cas. On sait que ça prévient les précancérose, donc les lésions précancéreuses qui mènent habituellement ou qui peuvent mener éventuellement à un cancer à un stade ultérieur, mais voilà on sait seulement que ça prévient un stade avant-coureur d'un possible cancer ultérieur. [...] Il y a des jeunes filles qui développent ces lésions précancéreuses très tôt après l'infection. Maintenant, est-ce que ça prévient des lésions précancéreuses tardives, qui viennent seulement après 10 ans, ou 15 ans, 20 ans après une infection, ça personne ne le sait [...] » (ZB, 20.04.09).

Deuxièmement, le vaccin commercialisé en Suisse agit efficacement contre quatre types de HPV, le 16, le 18, le 6 et le 11. De ces quatre souches, deux peuvent provoquer des condylomes et les deux autres sont des types à haut risque, c'est-à-dire fortement oncogènes, parmi les plus répandus dans le monde et responsables du développement de 70% des cancers du col utérin. Ainsi, le vaccin ne protège pas contre tous les risques de cancer du col, mais contre deux types de HPV responsables de 70% des cancers, c'est-à-dire que 30% restent non-couverts par cette vaccination.

Troisièmement, parler de vaccin contre un cancer constitue un raccourci qui évacue la complexité du lien entre HPV et cancer du col. En effet, les souches HPV 16 et 18 peuvent provoquer des infections qui peuvent provoquer des dysplasies qui peuvent à leur tour si l'infection est persistante se transformer en cancer, mais qui peuvent aussi s'éliminer naturellement et dont le développement est lié à d'autres facteurs de risque :

une réaction dans l'organisme) jusqu'à la mise sur le marché du médicament. Ce processus peut prendre une dizaine d'années, mais tend actuellement à être raccourci pour des raisons commerciales. [] En phase clinique I, on teste à doses croissantes la pharmacologie et la tolérance chez des volontaires sains. Même processus en phase clinique II, mais chez un nombre sélectionné de malades. On détermine l'efficacité thérapeutique, le dosage et le seuil de toxicité. En phase clinique III, on confirme chez un plus grand nombre de malades les résultats de phase 2. [...] » (Boschetti et al. 2006 : 29).

⁵² Des médecins m'ont expliqué que pour des raisons éthiques on ne pouvait attendre de voir si un cancer se développait. Il paraît en effet peu éthique d'attendre qu'un cancer soit installé pour vérifier l'efficacité du vaccin, alors que ce moyen de prévention existe et est potentiellement efficace.

« Entre 5 et 40% des femmes en âge de reproduction souffrent d'infection à HPV asymptomatique. Cependant, cette dernière peut être intermittente et transitoire car seule une petite proportion d'entre elles développent une néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN). Cette progression survient lors d'infections répétées et persistantes dues à ce virus. [...] D'autres facteurs coexistant tels que le tabagisme, le polymorphisme de p53, les contraceptifs oraux pendant plus d'une quinzaine d'années, la parité, le début de l'activité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, la présence de verrues génitales (condylomes) chez un des partenaires, etc. augmentent également les risques d'infection » (Joris et Gaudin, 2002).

La question de savoir pourquoi certaines infections sont persistantes et provoquent des cancers, alors que d'autres s'éliminent, demeure à ma connaissance débattue et ouverte (Woodman et al., 2007 ; Franco, Bosch et al, 2006).

2.4.2. Cancer du col = HPV. HPV = cancer du col ? Un équation complexe

Dans les documents de santé publique et articles de la presse romande étudiés, HPV et cancer du col de l'utérus sont régulièrement utilisés de manière conjointe et tendent à être pris comme des synonymes. La connaissance du HPV et de son lien avec le cancer du col avant l'implantation de la vaccination étant assez bas (Sherris et al., 2006 ; Giles and Garland, 2006), leur association constante dans les articles est probablement un élément important permettant au grand public de reconnaître que les HPV sont des agents causals nécessaires au développement du cancer du col et de comprendre le pourquoi de la vaccination. En même temps, la tendance à les utiliser de manière interchangeable élimine les nuances évoquées ci-dessus, telles que distinction entre HPV à bas risque et HPV à haut risque, et le fait que de nombreuses infections régressent spontanément. S'il est juste de dire que le HPV est un agent causal nécessaire au développement du cancer du col et que, comme le dit Claire-Anne Siegsrist, présidente de la CFV « sans HPV, pas de cancer du col » (2007 : 41), l'équation tend à devenir « avec HPV, un cancer du col » ce qui vu la forte prévalence de l'infection HPV⁵³ ne peut qu'être considéré comme très alarmant.

On constate ainsi un effacement des distinctions entre les différents stades de la progression de la maladie, mais également un effacement de la distinction entre un risque,

⁵³ « La détection d'un virus HPV au cours des trois premières années atteint jusqu'à 70% des filles, dont trois quarts seront à nouveau négatives après 24 mois. Seulement 1,4 à 2,5 % des filles HPV positives présenteront un CIN bas grade/LSIL, signe d'une répllication virale, dont 90% régresseront spontanément.. » (Renteria et De Grandi *Revue Médicale Suisse*, 09.11.2005.)

dans le sens d'une probabilité, et le fait d'avoir une maladie. L'effacement de cette complexité, renforçant l'équation HPV = cancer du col, vient accentuer la peur véhiculée par la notion de cancer, en donnant l'impression que «contracter» ce cancer est extrêmement fréquent, et explique également pourquoi cancer et MST s'entremêlent en de multiples facettes. Ce raccourci comporte une forte dimension morale dès qu'il s'agit de s'intéresser aux personnes non vaccinées, qu'il s'agisse des jeunes femmes en-dehors du programme de vaccination, ayant pris conscience d'une menace de cancer mais n'ayant pas les moyens de s'en protéger selon les nouvelles normes préventives, ou qu'il s'agisse des personnes refusant de se vacciner ou de faire vacciner leur fille, telle cette mère, opposée à la vaccination de sa fille, et qui devait répondre à l'accusation de son entourage professionnel, selon laquelle si elle ne voulait pas vacciner sa fille, cela signifiait qu'elle voulait qu'elle ait un cancer. Jugement accusateur opérant sur le raccourci réducteur selon lequel HPV = cancer, et intégrant parfaitement l'obligation morale de se prémunir contre tout risque susceptible de menacer la santé (Lupton, 1993).

En conclusion de cette partie, on peut dire qu'on assiste avec l'arrivée du vaccin anti-HPV sur le marché à une co-production du risque et du remède, participant au processus faisant du vaccin anti-HPV «le bon outil pour la tâche». En effet, la manière dont est décrite et visibilisée l'entité «cancer du col de l'utérus» au temps du vaccin passe par l'utilisation d'un langage épidémiologique qui tend à construire ce mal comme une menace grave et un risque très présent dans la vie des femmes et jeunes filles visées par la vaccination et par-là un problème de santé publique majeur, auquel le vaccin apporte une solution. Bien que différentes facettes du risque soient mobilisées dans les discours sur le vaccin, l'accent mis sur le cancer et l'effacement de la complexité du lien entre HPV et cancer du col de l'utérus au sens de l'effacement de la distinction entre différents stades de progression de la maladie, et entre une probabilité et l'actualisation de la maladie, sont sources de production d'anxiété. Cette anxiété est utilisée de manière sanitaire par la santé publique pour promouvoir la vaccination, de manière économique par les firmes pharmaceutiques qui cherchent avant tout à vendre un produit et entre en conflit avec la volonté des médecins rencontré-e-s de promouvoir un processus décisionnel rationnel menant au libre choix de la vaccination.

Au niveau de la promotion du vaccin par les firmes et les organes de santé publique, le vaccin est associé de manière forte au cancer. Pourtant, c'est par l'identification des HPV comme agents causals du développement du cancer du col utérin que cette maladie peut être

prévenue par un vaccin et être qualifiée de maladie sexuellement transmissible. La dimension sexuelle de la pathologie rendue visible par l'arrivée du vaccin sur le marché est considérée de manière problématique par plusieurs médecins rencontré-e-s. Elle suscite un conflit entre une volonté de profiter du vaccin pour promouvoir une prévention des maladies sexuellement transmissibles de manière plus générale et une crainte de présenter la sexualité comme un danger, de moraliser des comportements sexuels ou de générer une intrusion dans l'intimité des jeunes filles concernées.

Si la visibilisation soudaine du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique majeur peut provoquer de la peur, considérée comme une réaction émotionnelle que certain-e-s professionnel-le-s cherchent à éviter, mais que d'autres considèrent comme la source d'une bonne adhésion à la vaccination, tant du côté des jeunes filles que du côté des organes de santé publique, elle fournit peut-être aussi l'occasion de parler d'un problème de santé qui jusque-là était occulté par la banalité des dépistages, participant ainsi à une reconnaissance des souffrances psychique et physiques liées aux effets iatrogènes du dépistage et des traitements des lésions dysplasiques (voir Petit-Pierre, 2007).

3. ORGANISER UNE CAMPAGNE DE VACCINATION : RENDRE LE VACCIN GRATUIT ET ACCESSIBLE

Traditionnellement, les vaccins sont des outils de santé publique peu coûteux et distribués à large échelle. Or, avec le vaccin anti-HPV – considéré comme le plus cher jamais mis sur le marché – de nouvelles dimensions financières sont en jeu⁵⁴. Elle traduisent le changement opéré par le passage à la biologie moléculaire faisant des vaccins des produits de haute technologie en passe de devenir des produits de luxe aux prix très élevés (Moulin, 1996 : 23). Le coût du vaccin, ainsi que celui de son inscription dans un dispositif de santé publique, ont suscité de nombreux débats parmi les médecins impliqué-e-s dans la mise en place de la vaccination. Apparus publiquement dans les revues médicales professionnelles et dans la presse romande, ces débats portent sur les questions du rôle des firmes pharmaceutiques dans l'introduction du vaccin, son utilité, les modalités de son remboursement, le risque d'une médecine à deux vitesses et les multiples « tracasseries administratives » (KL, 08.05.09) qui ont résulté de son introduction dans le cadre de programmes cantonaux .

De façon symétrique et opposée, alors que certains médecins trouvent que ce vaccin a été introduit trop rapidement avec trop peu de recul, mettant en question l'immense avantage financier des firmes et la pression exercée sur la santé publique des divers pays où il a été implanté, d'autres considèrent que le remboursement de ce vaccin s'est fait attendre trop longtemps en raison des négociations quant à son prix. La mise en place de la vaccination a soulevé également des débats portant sur ses enjeux financiers auprès des médecins praticien-ne-s, avec des gynécologues suspecté-e-s de boycotter la vaccination par peur de perdre l'avantage financier que leur procurent les frottis du col dans le cadre du dépistage, ou des pédiatres et des généralistes considérant que la rémunération perçue lors d'une vaccination ne couvre pas suffisamment les frais d'information et de conseil aux patientes suscitant la crainte d'une vaccination à la chaîne, sur un mode « vétérinaire » (KL, 08.05.09). Dans un contexte où les coûts de la santé apparaissent publiquement comme un problème politique, l'introduction de ce très coûteux vaccin suscite soupçons et méfiance quand aux divers intérêts que peuvent en tirer les un-e-s et les autres.

⁵⁴ « Le vaccin coûtait 237 francs la dose sur le marché (710 francs en tout). A titre de comparaison, les vaccins pour les vaccinations telles que celles contre l'hépatite ou des vaccination de rattrapage contre la polio, le tétanos, ou la rougeole coûtent entre 9 et 47 francs la dose. Nous avons donc affaire à de nouvelles dimensions financières » (*Sage-femme*, 2009 : 30).

Le prix élevé de ce vaccin contribue *a priori* à en faire un mauvais « outil pour la tâche » d'un point de vue de santé publique, notamment en le réservant à une partie de la population informée et aisée financièrement, ce qui va à l'encontre des valeurs d'égalité et de solidarité qui sous-tendent les politiques de santé publique, garantes de la défense d'un bien collectif. Or, le vaccin matérialise la possibilité de prévenir le cancer du col de l'utérus visibilisé comme problème sanitaire important, entraînant, pour la santé publique le devoir de le rendre accessible financièrement et physiquement au plus grand nombre. Ceci implique, d'une part, la gratuité du vaccin car, comme le dit une de mes interlocutrices, si les jeunes filles ne devaient mettre que dix francs de leur poche, elles ne se feraient pas vacciner. D'autre part, une grande accessibilité, dans le sens physique du terme, est requise car trois injections sont nécessaires à l'immunisation d'une personne.

Si dans la première partie, j'ai focalisé mon analyse sur les discours entourant le cancer du col en lien avec la vaccination, cette partie sera centrée sur les aspects pratiques et concrets de la vaccination qui contribuent à faire du vaccin « le bon outil pour la tâche » en le rendant gratuit et accessible. Plus précisément, il s'agira de retracer la trajectoire du vaccin, de sa mise sur le marché à sa mise à disposition – financière et physique – auprès de la population ciblée, et d'en identifier les principales étapes. Les enjeux financiers du vaccin constitueront le « fil rouge » de cette partie, dimension la plus présente sur le terrain en lien avec la mise en place de la campagne. En effet, les questions d'efficacité et de sécurité du vaccin, même si elles ne suscitent pas un consensus total, apparaissent tout de même fonctionner comme des sortes de « boîtes noires » (Latour, 1989), c'est-à-dire des éléments considérés comme acquis, du moins par tou-te-s les médecins participant à la mise en place de cette vaccination, contrairement à la question des coûts qui est encore largement débattue. Il s'agira donc de retracer la trajectoire du vaccin, en identifiant les enjeux soulevés par la question des coûts et en analysant la manière dont cette question est traitée et discutée au fil de la mise en place de la campagne. Ceci sous-entend à la fois une dimension chronologique, en rapport au déroulement temporel de la trajectoire du vaccin, et une dimension hiérarchique, relative aux institutions de politique sanitaire, les deux étant liées. En effet, la trajectoire du vaccin est révélatrice de son inscription dans le système de santé suisse fédéraliste⁵⁵. Il passe d'abord au travers de

⁵⁵ « Le secteur suisse de la santé est conçu selon le principe fédéraliste. Les prestations et la politique de la santé se répartissent sur trois niveaux : la Confédération, les cantons et les communes. Dans ce petit pays qu'est la Suisse, avec ses 26 systèmes sanitaires cantonaux et la grande autonomie de ses communes, cette structure entraîne un certain morcellement et des recoupements dans de nombreux domaines. En contrepartie, la

commissions fédérales chargées de l'étudier, puis au niveau des Cantons impliqués dans la mise en place de sa diffusion et finalement entre les mains des médecins et infirmier-ère-s scolaires responsables de l'injecter, suscitant des débats au sein des associations de praticien-ne-s tant au niveau national, que cantonal.

3.1. CALCULER DES COUTS ET GERER DES INCERTITUDES AVEC DES MODELES MATHEMATIQUES

Comment s'assurer que l'investissement dans le vaccin anti-HPV sera rentable, si ses effets ne se voient que des années plus tard ? Comment être sûr que celui-ci sera à la mesure de l'efficacité attendue ? Ces questions sont apparues dans divers entretiens effectués, causées notamment par le constat du prix très élevé du vaccin. Pour certain-e-s médecins interviewé-e-s, ce prix est largement surfait – les coûts de production du vaccin n'étant que d'un dollar – et a été fixé en fonction du marché, c'est-à-dire que son prix aurait été fixé au plus haut pour qu'il rapporte un maximum à la firme productrice, mais de telle sorte à ce qu'il apparaisse suffisamment rentable aux organismes de santé publique concernés par sa diffusion. Pour d'autres, ce prix est justifié, car il prend en compte les coûts élevés des tests de phase trois⁵⁶, ainsi que les nombreuses recherches qui ont été nécessaires à l'élaboration de ce produit de haute technologie. Les études coûts-bénéfices jouent un rôle de légitimation scientifique de la vaccination en calculant et mettant en évidence son bon rapport coût-efficacité, ou pour le dire autrement, sa rentabilité selon les critères de la santé publique. Elles servent ainsi de première étape dans le processus permettant de rendre le vaccin gratuit et accessible.

3.1.1. Pourquoi recommander un vaccin ? Passage par une grille d'évaluation

Le vaccin quadrivalent⁵⁷ Gardasil® produit par Merck aux USA et distribué par Sanofi-Pasteur MSD en Europe, a reçu l'autorisation de mise sur le marché le 15.12.2006⁵⁸ par Swissmedic, institut suisse des produits thérapeutiques et autorité nationale chargée de leur surveillance, lié par contrat de prestations au Département fédéral de l'intérieur. Bien qu'il existe un autre vaccin bivalent, le Cervarix®, produit par la firme GSK, seul le Gardasil® est

population suisse bénéficie de prestations médicales de haut niveau, accessibles à tous les assurés de manière égale » (OFSP, 2005 : 5).

⁵⁶ « Les tests de phase III (Boschetti et al., 2006 : 29) impliquant le suivi de grandes cohortes, sont reconnues comme coûtant très cher.

⁵⁷ Quadrivalent, signifie que le vaccin contre quatre souches de HPV, la 16, la 18, la 6 et la 11. Le vaccin bivalent contient deux géotypes de HPV seulement, le 16 et le 18.

⁵⁸ Voir le site Internet de Swissmedic : www.swissmedic.ch Consulté le 05.10.09.

commercialisé en Suisse⁵⁹. Une fois le vaccin mis sur le marché, il fait l'objet d'une procédure d'analyse par une commission d'expert-e-s mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV), aboutissant ou non à des recommandations. Cette commission a été créée en 2004 par Pascal Couchepin, alors Conseiller fédéral en charge du Département de l'intérieur, en raison de l'importance croissante des questions posées par les vaccinations⁶⁰ au sein de la population. Elle joue un rôle de médiateur et favorise la communication entre les autorités sanitaires, les milieux spécialisés et la population.

La grille d'évaluation⁶¹ des nouveaux vaccins auxquels elle soumet ses décisions comporte onze points portant sur les niveaux épidémiologique, immunogénique⁶², économique, juridique, éthique et stratégique de la vaccination évaluée (Siegrist, 2005 : 518). Elle a été établie par la présidente de la CFV dès sa création. Cette dernière m'a expliqué que son but est de permettre aux membres de la Commission d'aboutir à des recommandations de manière objective et indépendante, en-dehors des diverses influences qui pourraient s'exercer et de rendre la procédure la plus transparente possible aux yeux du public en explicitant les critères sur lesquels les décisions sont prises. Cette grille joue ainsi un rôle de légitimation politique des choix effectués par la Commission en mettant en avant les valeurs d'indépendance, de transparence et d'objectivité.

Après avoir étudié et répondu à ces différentes questions, en se basant sur la littérature scientifique publiée et après consultation de groupes d'expert-e-s, les membres de la CFV aboutissent à une décision concernant les recommandations. Dans le cas du Gardasil®, elles ont été publiées en juin 2007 par la CFV et l'OFSP (CFV et al., 2007a : 452-454). Cet article est une version résumée du plus long rapport de recommandations publié en février 2008 dans le bulletin de l'OFSP (2008a : 1-22). Il comporte trois rubriques principales, l'une présentant brièvement les agents, la pathogénèse⁶³ et le tableau clinique des infections HPV, une deuxième donnant son profil épidémiologique et une troisième centrée sur la vaccination,

⁵⁹ Au moment de mon terrain, au printemps 2009, le Cervarix de GSK n'avait pas été approuvé par la FDA américaine, mais l'avait été par l'EMA, l'Agence Européenne du Médicament. L'espoir que la concurrence entre les deux vaccins ferait baisser les prix n'a pas été réalisé, du moins en Suisse.

⁶⁰ Voir le site Internet de l'OFSP : <http://www.bag.admin.ch/ekif/index.html?lang=fr> Consulté le 17.10.09.

⁶¹ Voir annexe I.

⁶² Terme de biochimie désignant la capacité d'un antigène à induire une réaction immunitaire.

⁶³ Le terme de « pathogénèse » est utilisé pour désigner le processus ou l'étude du processus provoquant une maladie. Il s'agit d'identifier les facteurs ou les mécanismes déterminant son déclenchement et son développement.

présentant des données sur l'immunogénicité, l'efficacité, les effets indésirables et finalement le rapport coût/bénéfices. En conclusion, la vaccination de base est recommandée pour les adolescentes de 11 à 14 ans et, en rattrapage, pour celles de 15 à 19 ans durant 5 ans.

La question du rapport coût-efficacité fait partie des points examinés par les membres de la CFV pour aboutir à une recommandation. En effet, la question des bénéfices apportés par le vaccin, en regard des coûts qu'il engendre sera déterminante dans la décision des recommandations, même si de nombreux autres points sont pris en compte (OFSP et al., 2008b : 1990). Les études coûts-efficacité sont de plus en plus demandées avant l'introduction d'une nouvelle mesure de santé publique ou d'une nouvelle mesure médicale (Auer et al. 2009). L'idée sous-jacente à leur développement est que les systèmes de santé ont des ressources limitées et qu'elles peuvent aider à faire de meilleurs choix dans l'allocation des ressources financières et matérielles à disposition. Cette exigence d'un bon rapport coût-efficacité apparaît dans l'article 32 de la LAMal⁶⁴ qui stipule que les prestations prises en charge par l'assurance de base « [...] doivent être efficaces, appropriées, et économiques et que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques »⁶⁵. C'est-à-dire qu'un bon rapport coût-efficacité fait partie des prérequis demandés pour qu'un vaccin soit remboursé par l'assurance obligatoire de soins, ce qui constitue la base de sa diffusion.

Plus précisément, les analyses coût-efficacité sont définies comme suit :

« Une analyse coût-efficacité dans le sens strict compare les coûts et les effets d'une intervention de santé à une autre. Il s'agit de la mesure de l'impact marginal d'un choix sur les coûts et les effets. L'analyse est résumée en un rapport coût-efficacité, où le numérateur est une estimation de la différence des coûts entre deux stratégies, et le dénominateur est une estimation de la différence des résultats attendus en choisissant une intervention plutôt qu'une autre. Les résultats de l'intervention peuvent être exprimés en nombre d'hospitalisations évitées, en nombre de cas guéris, en nombre de vies sauvées ou en nombre d'années de vie sauvées. Les résultats sont souvent exprimés en années de vie ajustées selon la qualité (*Quality Adjusted Life Years*, QALY en anglais) » (Auer et al., 2009).

⁶⁴ La LAMal est la loi sur l'assurance maladie obligatoire.

⁶⁵ Voir le site Internet de la Confédération suisse : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html Consulté le 29.01.10.

Dans la plupart des cas, une nouvelle mesure est comparée à une mesure existant déjà, afin d'évaluer si son introduction est rentable. Auer et al. (2009) soulignent qu'il est très rare qu'une nouvelle mesure soit plus efficace et moins chère. Dans la majorité des cas, la nouvelle mesure est plus chère mais également jugée comme étant plus efficace, traduisant par là une vision du progrès scientifique et médical mettant en avant principalement les résultats positifs et laissant tendanciellement dans l'ombre les résultats négatifs. Ces études, en faisant des projections sur l'avenir, impliquent la gestion d'une part d'incertitude qui se traduit par le choix de plusieurs hypothèses, déterminantes quant aux résultats, et l'utilisation de modèles mathématiques et statistiques. Ainsi, la manière dont sont évalués les coûts d'une intervention et son efficacité relève de procédures complexes qu'il va s'agir d'examiner maintenant en étudiant une analyse coûts-efficacité consacrée à la vaccination HPV en Suisse.

3.1.2. Des coûts, du bénéfice et du rapport entre les deux

L'étude du rapport coût-bénéfices de la vaccination HPV en Suisse (Szucs et al., 2008 : 1473-1483) a été effectuée à la demande de la CFV et financée par Sanofi-Pasteur-MSD. Trois des membres de l'équipe qui l'a élaborée sont consultants pour cette firme. L'étude compare deux stratégies : le dépistage cytologique conventionnel et la vaccination HPV suivie du dépistage cytologique. Il ne s'agit pas de comparer directement une mesure à l'autre, comme si l'une pouvait remplacer l'autre, mais bien d'évaluer l'impact du rajout de la vaccination au système existant. Pour ce faire, les auteurs ont adapté le modèle statistique probabiliste de Markov simulant l'histoire naturelle de l'infection HPV et du cancer du col utérin, au contexte suisse. Ils-elles l'ont appliqué à une cohorte virtuelle de 41 200 jeunes filles âgées de 11 ans en les suivant tout au long de leur vie.

Ce modèle nécessite de traduire l'histoire naturelle compliquée de la maladie en divers paramètres simulant l'infection naturelle. Ainsi, huit états sont distingués : cytologie normale, infectée, verrues génitales, CIN1, CIN2, CIN3, cancer du col, mort. Chaque année voit s'opérer une transition de la cohorte d'un état à un autre. Par exemple, les femmes infectées avec du HPV peuvent voir leur infection s'éliminer, progresser ou persister ou des femmes ayant des CIN 1,2 ou 3, peuvent voir leurs lésions progresser vers le stade suivant, régresser ou persister. Par ailleurs, les auteur-e-s ont postulé un taux de couverture vaccinale de 80% et ont supposé que le vaccin fournissait une protection à vie, sans besoin d'un rappel. Etant donné les incertitudes demeurant à ce sujet, ils-elles ont également testé la vaccination avec un rappel dix ans après.

Au niveau financier, les auteur-e-s n'ont pris en compte que les coûts directs, c'est-à-dire les frais médicaux du dépistage et des traitements du cancer du col – incluant le montant d'une visite chez le gynécologue, d'un frottis de routine, d'une colposcopie, d'une biopsie, d'un test d'ADN HPV, des traitements des CIN 1, 2, 3 et des verrues génitales – ainsi que de la vaccination – comprenant trois doses à CHF 236,85.-, plus les frais entraînés par l'administration du vaccin. Leurs résultats montrent que l'ajout du vaccin HPV quadrivalent au programme de dépistage actuel entraîne un rapport coût-efficacité de CHF 45'000.- par LYG (*Life Years Gained*) et de CHF 26'000.- par QALY (*quality-adjusted life years*). Comme, il n'existe pas, en Suisse, de seuil officiellement accepté au-dessous duquel une mesure devrait être adoptée et considérée comme rentable, les auteur-e-s se basent sur les normes européennes qui acceptent des seuils variant de 50'000 Euros à 200'000 Euros et concluent que le rapport coût-efficacité du vaccin HPV est avantageux (Szucs et al., 2008 : 1482). Et ce, d'autant plus que leur modèle ne prend pas en compte les bénéfices apportés par l'immunité de groupe (*herd immunity*), ni les coûts directs et indirects entraînés par les naissances prématurées, ni les frais indirects (arrêts de travail, suivi des complications) des traitements des lésions précancéreuses, ni l'effet de protection croisée susceptible d'être apporté par le vaccin.

L'un des premiers points qui m'a frappé à la lecture de cet article est le nombre d'hypothèses posées quant à des issues incertaines. L'utilisation de modèles mathématiques cherchant à les maîtriser de manière objective et chiffrée fait de ce genre d'étude une manière scientifique de lire l'avenir à partir du présent. Cohorte virtuelle, simulation d'une infection naturelle, suppositions et hypothèses quant à la durée de protection fournie par le vaccin, à l'éventuelle nécessité d'un rappel, autant d'éléments discutés qui doivent être fixés pour effectuer l'étude, chaque question fonctionnant comme une « boîte noire » (Latour, 1989) pouvant être ouverte et débouchant sur d'autres hypothèses et d'autres incertitudes. Un éditorial du prestigieux *New England Journal of Medicine* (NEJM) qui a beaucoup circulé et était connu de la majorité de mes interlocuteur-trice-s⁶⁶ discute de cette question de prise de décision sous incertitude en lien avec une étude coût-efficacité sur le vaccin HPV. L'auteur part du constat que de nombreuses inconnues demeurent à propos de ce vaccin, auxquelles des

⁶⁶ Dans les entretiens, la référence à cet éditorial est revenue très souvent. Il m'est aussi parvenu deux fois dans des documents que des médecins m'ont envoyés. Je l'ai trouvé également dans la revue *Sages-femmes* (janvier 2009), traduit en français. Il apparaît ainsi comme la référence scientifique critique de la vaccination.

réponses ne pourront être apportées que dans plusieurs décennies, dont voici quelques exemples :

« For instance, will the vaccine ultimately prevent not only cervical lesions, but also cervical cancer and death ? How long will protection conferred by the vaccine last ? Since most HPV infections are easily cleared by the immune system, how will vaccination affect natural immunity against HPV and with what implications ? How will the vaccine affect preadolescent girls, given that the only trials conducted in this cohort have been on the immune response ? [...] How will the vaccine affect other oncogenic strains of HPV ? » (Haug, 2008 : 861).

Elle s'interroge sur la manière de prendre des « bonnes » décisions de santé publique, quand les effets – positifs comme négatifs – de la vaccination ne seront pas connus avant plusieurs années. Elle souligne que ces analyses en elles-mêmes ne fournissent pas directement de preuves de l'efficacité d'une mesure. En commentant l'article de Kim et Goldie, dans la même revue, présentant une analyse coûts-efficacité, elle montre que les paramètres suivant devraient apparaître :

« The analysis has to model the natural history of HPV infection in this cohort of girls over their lifetime, the effect of the vaccine over all those years (whether it is the same effect or one that is waning), the effect on other HPV strains, the effect of the vaccine on the natural immunity against HPV infections, the sexual behavior of the girls and women and their partners, and finally, women's cervical-cancer screening practices » (Ibid. : 862).

Si la plupart des points identifiés dans l'éditorial du NEJM sont traités dans l'étude suisse de Scuzs et al. (2008), d'autres points sont laissés dans l'obscurité, notamment les questions touchant l'effet du vaccin sur les autres souches HPV, ainsi que sur l'immunité naturelle contre l'infection. Cette étude procède ainsi par réduction. Ne pouvant maîtriser tous les facteurs incertains de l'avenir, il s'agit d'en sélectionner quelques-uns et de faire des hypothèses à leur sujet en se basant sur l'état du savoir présent. Cette part d'incertitude prend toute son importance quand on sait que « les réponses aux questions ouvertes peuvent influencer les résultats » (OFSP et al., 2008b : 1990), résultats qui vont être ensuite utilisés politiquement pour décider de la mise en place d'une mesure médicale ou de santé publique. Le bien d'une population résultant, à terme, des hypothèses posées et des choix effectués, ce

genre d'étude soulève des enjeux politiques de taille et pose la question du degré d'incertitude acceptable quand le bien de toutes et tous est en jeu.

3.1.3. Les incertitudes : de vraies questions ou une manière émotionnelle de mettre en cause la vaccination ? Regards de quelques médecins

La question des incertitudes liées au vaccin apparaît de manière divisée dans les entretiens, mais ne recouvre pas une ligne de séparation entre « pro » et « anti » vaccins, tous-tes les médecins et infirmières interviewé-e-s se disant, d'une manière générale, favorables à la vaccination. Certain-e-s prennent au sérieux les inconnues quant au devenir des effets de la vaccination. Dans les entretiens, ces questions sont toujours mises en relation avec le prix du vaccin, les coûts engendrés par la vaccination, sa rapide implantation et la pression exercée par les firmes pharmaceutiques :

« Il n'y a jamais eu un vaccin qui a été commercialisé aussi rapidement, avec si peu d'expérience, si peu de recul, à si large échelle. [...] Il y a quand même des enjeux économiques, probablement importants là-dedans et une boîte pharmaceutique qui est quand même particulièrement puissante. Sanofi-Pasteur, c'est pas n'importe qui. Si ça avait été une plus petite firme pharmaceutique, peut-être que les choses se seraient passées plus lentement, avec plus de prudence. Eux, ils ont un pouvoir quand même considérable » (ZB, 18.05.09).

Un autre médecin soulève la question du choix de tel ou tel problème de santé publique en lien avec l'allocation de ressources limitées :

« Je me suis beaucoup moins prononcé sur les aspects coûts-bénéfices qui sont quand même loin d'être négligeables. C'est-à-dire que c'est très marrant de voir que là on a affaire à quelque chose qui est relativement simple à implanter, mais qu'on dépense une fortune, alors que peut-être, si on mettait cette fortune-là sur d'autres enjeux, comme la lutte contre les accidents qui est la principale cause de mortalité à cet âge-là, on serait peut-être tout aussi efficace. Mais c'est plus compliqué, et puis ça dérange, parce que si on veut lutter contre les accidents de l'enfant et de l'adolescent, il faut aménager les routes, il faut faire des pistes cyclables, il faut limiter la vitesse, enfin il faut empiéter sur les libertés individuelles » (DH, 29.04.09).

Par ces remarques, ces médecins inscrivent la vaccination HPV dans une réflexion plus générale sur les coûts de la santé, les choix de santé publique et le rapport coût-efficacité de la vaccination et non dans une discussion sur l'efficacité seule du vaccin, globalement considérée comme bonne. La peur est, en arrière-fond, que beaucoup d'argent soit dépensé pour une mesure qui ne soit pas aussi efficace ou bénéfique que prévu. Dans le discours de ces médecins, c'est le primat de l'économie financière sur les décisions de santé publique qui est visé par l'utilisation d'arguments critiques quant à la vaccination HPV.

Pour d'autres médecins, les incertitudes concernant la vaccination ne sont que des détails peu importants, allant à l'encontre des évidences scientifiques, voire une manière « émotionnelle » de remettre en cause la vaccination. Un médecin interviewé a ainsi inscrit la question des incertitudes dans une définition plus générale de ce qu'est la science. Selon lui, « la science, ce n'est pas du dogme, donc c'est un processus itératif de questionnements », ce qui sous-entend que les savoirs qu'elle produit sont stabilisés progressivement et peuvent toujours être remis en question. Si l'incertitude fait partie intégrante de l'élaboration de la science, la question est alors : que fait-on de ces incertitudes au niveau de la santé publique, quand il s'agit de prendre des décisions concernant non un individu en particulier mais des populations en entier ? :

« Bon, on peut se demander quel est le sérieux de certaines assertions, mais il y a de bonnes questions derrière. Comme par exemple, faire un rappel, ça veut dire quoi ? Que ce vaccin n'est pas bon ? Que c'est pire après ? Là encore, c'est une question de choix. Si vous voulez risquer un cancer en attendant que dans vingt ans, on sache si ça vaut la peine de faire un rappel, bon pour moi c'est votre vie, mais je suis pas certain qu'on assumerait nos responsabilités de santé publique, en disant que tant qu'on ne sait pas s'il faut faire un rappel, on ne fournit pas la première dose qui protège déjà à 90% pendant les vingt prochaines années. Je ne trouve pas ça très honnête. [...] Donc, ce n'est pas parce que cette question est traitée par des gens rationnels et de façon scientifique qu'elle valide la réponse donnée par les émotifs. Je trouve bien cet article du New England, il était très intéressant sur la question de la sélection de souches virales HPV plus carcinogènes, éventuellement dans le futur. Vraie question. La question suivante qui n'est pas dans le New England, c'est est-ce que pour cette question-là et ce doute-là, légitime, intéressant à observer, faut-il laisser x milliers ou millions de cancers aller ? Cette question-là est-elle suffisamment importante, suffisamment préoccupante, doit-elle trouver une réponse démontrée d'abord avant de se lancer dans la vaccination HPV, ça

c'est un arbitrage de santé publique. Alors, la réponse actuellement a été donnée... voilà si vous étiez une opposante à la vaccination, vous diriez là encore vous jouez à l'apprenti sorcier et c'est dans 20 ans qu'on n'aura pas assez de yeux pour pleurer les choix qui ont été faits. Bon, ça c'est une réaction émotionnelle. [...] Donc ça, ça s'appelle les progrès de la science, ça s'appelle pas prendre des risques pour faire plaisir au commerce, non donc là je pense que c'est bien mal connaître l'évolution de la production des vaccins que de dire ça, [...] » (FE, 15.05.09).

Dans cette longue citation, les doutes quant à l'efficacité à long terme de la vaccination sont mis en balance avec un bien collectif que les organes de santé publique ont le devoir de protéger, faisant naître une tension entre la responsabilité morale de faire le bien d'une population, si le moyen existe et est disponible, et celle de tenir compte d'incertitudes scientifiques portant sur un nouvel outil sanitaire. Cette tension est inscrite par mon interlocuteur dans une ligne de partage entre registres « émotionnel » et « rationnel ». Est qualifiée d'émotionnelle l'utilisation par les « émotifs » de questions non-répondues au niveau scientifique comme mettant en cause la vaccination. Lui est opposée le registre rationnel des prises de décisions de santé publique et le « progrès de la science ». La mise en opposition de ces deux registres s'accompagne d'une évaluation normative faisant de l'émotionnel un repoussoir allant à l'encontre du progrès scientifique et du devoir de santé publique inscrits du côté rationnel. Ce partage est utilisé stratégiquement pour défendre et légitimer les choix institutionnels faits, choix illustrant le conflit entre une économie morale (Fassin, 2009) mettant le bien collectif au centre des préoccupations de santé publique et une économie financière à laquelle seraient soumis les doutes et questions scientifiquement non-répondus. Indirectement, ce discours vient répondre aux critiques utilisant l'exemple de la vaccination anti-HPV pour mettre en question le primat de l'économie financière dans le champ médical et de la santé publique.

Allant dans ce sens, un article de l'OFSP, de la CFV et du groupe de travail vaccination HPV revient sur la question des incertitudes, pour y répondre « à la lumière des connaissances scientifiques actuelles » (OFSP et al., 2008b). L'article fait référence à l'éditorial du NEJM comme motivant la décision de traiter de ces questions :

« Pourtant, des voix s'expriment dans différents contextes pour mettre en avant l'existence de questions encore ouvertes. Il est normal qu'il y ait des questions ouvertes

au moment de l'introduction d'un nouveau vaccin dont les effets réels, en dehors des conditions contrôlées d'une étude clinique (« effectiveness »), ne pourront être mesurés qu'après des décennies, étant donné le temps nécessaire au développement d'un cancer suite à une infection HPV» (OFSP et al., 2008b : 1988).

Réaffirmant l'importance des bénéfices individuels et collectifs de la vaccination, l'article passe ensuite en revue les différentes questions posées quant à l'efficacité effective du vaccin pour prévenir des cancer, et pas seulement des lésions dysplasiques, sa durée de protection, son effet sur l'immunité naturelle, l'impact de la vaccination sur le dépistage, sur le comportement sexuel des jeunes filles ou encore le remplacement des HPV 16 et 18 par d'autres souches oncogènes. A la fin de l'article, les auteur-e-s abordent la question des coûts-bénéfices en argumentant que dans un pays comme la Suisse, l'économicité d'une mesure n'est qu'un point analysé parmi d'autres et que, par conséquent, toutes les questions ouvertes ne nécessitent pas forcément une réponse (ibid : 1990).

Ces débats semblent significatifs du passage d'un objet – le vaccin anti-HPV – posant encore de nombreux questionnements au niveau scientifique à un niveau de santé publique, mettant en jeu le bien d'une population. Ce passage se traduit par un glissement évaluatif faisant que les incertitudes, considérées positivement au niveau scientifique, deviennent qualifiées négativement au niveau de la santé publique, car susceptibles de mettre en cause la vaccination et les organes de santé publique décidant de sa mise en place. Il illustre la tension entre le devoir moral de défendre un bien collectif au moyen d'outils existants et celui de tenir compte d'incertitudes scientifiques le concernant, le deuxième risquant de menacer le premier si le degré d'incertitude est considéré comme trop grand. La posture défendue par l'OFSP consiste ici à recadrer les doutes quant au devenir à long terme de la vaccination en se basant sur des arguments scientifiques afin de défendre la vaccination mise en place. A nouveau, la « science » est utilisée pour défendre un choix de santé publique, repoussant implicitement les critiques mettant l'accent sur les doutes dans un registre non-scientifique.

De même, l'analyse scientifique du rapport coût-efficacité permet, grâce à l'utilisation de modèles probabilistes et statistiques, de légitimer la vaccination en tant que mesure de santé publique rentable, malgré le prix élevé du vaccin. Cependant, elle ne règle pas les questions concrètes de qui paye, pour qui, comment et sous quelles conditions. En effet, comme le souligne un commentaire de l'OFSP à la fin du rapport de juin 2007 « les recommandations

de la CFV ne règlent pas le financement des vaccinations : la plupart sont prises en charge par l'assurance obligatoire de soins ; quelques unes demeurent à la charge des particuliers » (2007a : 454). Le vaccin doit encore passer par l'examen de deux commissions fédérales, la Commission fédérale des prestations générales et la Commission fédérale des médicaments, qui recommanderont le vaccin en fonction du critère d'économicité, « [...] laquelle dépend essentiellement du prix final du vaccin » (ibid.), le prix envisagé par le producteur étant de 700 francs au départ. Prochaine étape par laquelle passe le vaccin pour devenir gratuit et accessible.

3.2. NEGOCIER UN PRIX ET DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Une fois le bon rapport coût-efficacité de la vaccination démontré scientifiquement et les autres points des recommandations analysés, la CFV et l'OFSP aboutissent à des recommandations en juin 2007. En novembre 2007, soit cinq mois plus tard, le Département fédéral de l'intérieur – à qui incombe la décision finale quant au remboursement des coûts par l'assurance obligatoire de soins (CFV et al., 2007a : 454) – alors dirigé par le Conseiller fédéral Pascal Couchepin, annonce que le vaccin sera remboursé dès janvier 2008, à condition qu'il soit administré dans le cadre de programmes cantonaux (Communiqué de presse, OFSP, 21.11.2007⁶⁷). Or, ce n'est qu'en juin 2008 que les conditions exactes de remboursement sont connues, et en août 2008, lors de la rentrée scolaire, que la vaccination à grande échelle commence. Entre juin 2007 et juin 2008, se déroule une année de réflexion et de négociations quant au prix du vaccin et à la manière la plus efficace de l'administrer. Une année également d'attente et d'inquiétudes pour de nombreux parents de jeunes filles concernées. En jeu, le prix élevé du vaccin et le risque de créer une médecine à deux vitesses.

3.2.1. Attente, sentiment d'urgence et médecine à deux vitesses

Rendre le vaccin gratuit et accessible pour la population visée constitue un enjeu de grande importance d'un point de vue de santé publique car son prix élevé le réserve à une élite riche et informée. Ne pas statuer sur ce point en termes de santé publique génère la crainte d'une médecine à deux vitesses renforçant des inégalités socio-économiques, plutôt que de tenter d'y remédier, ce qui va à l'encontre de son objectif qui est que « chacun puisse bénéficier du meilleur système de santé possible » (OFSP, 2009 : 6). Cet argument est d'autant plus

⁶⁷ Site Internet

<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=fr&msg-id=15800>

Consulté le 19.04.10.

important que l'une des limites du dépistage cytologique est sa couverture inégalitaire selon le niveau socio-économique des femmes visées. Fort-e-s de ce constat, plusieurs politicien-ne-s de droite et de gauche ont déposé des postulats et une motion demandant son remboursement par les assurances-maladies (voir postulat Ory du 21.06.2007 ou celui de Gutzwiller du 22.06.2007). L'extrait du blog de Marianne Huguenin du 15.10.2007⁶⁸ illustre bien le climat tendu généré par l'attente de la décision du remboursement :

« [...] Le coût prohibitif de 700 francs empêche clairement toute politique de santé publique, réservant le vaccin à une toute petite minorité. Une vraie politique de santé publique exige à la fois le remboursement du vaccin par l'assurance de base et une pression sur le fabricant pour en faire baisser le coût. J'ai déposé en juin de cette année une motion invitant le Conseil fédéral à aller dans ce sens, motion cosignée par des femmes et des parlementaires de tous les bords politiques du parlement. En règle générale, le Conseil fédéral répond aux motions lors de la session parlementaire qui suit, sa réponse était donc attendue pour la session de septembre qui vient de s'écouler. Silence radio. Ça semble négocier sec entre les deux commissions concernées à ce stade (commission fédérale des prestations et commission fédérale des médicaments), l'industrie pharmaceutique et le département fédéral de l'intérieur qui doit prendre la décision. Pendant ce temps, dans un des pays les plus riches du monde, dans le pays de l'industrie pharmaceutique, 400 jeunes femmes par mois sont infectées... ».

Cette période d'attente a été vécue de manière inconfortable par plusieurs de mes interlocuteur-trice-s. En effet, l'annonce du « premier vaccin contre un cancer » et la manière dont a été visibilisé le cancer du col comme problème de santé publique majeur ont créé un fort sentiment d'attente au sein de la population visée. Celui-ci s'est traduit par de nombreux téléphones de mamans inquiètes et désireuses de faire vacciner leurs filles au plus vite mais cherchant également des informations quant à son remboursement. Cet inconfort est révélateur de la tension entre le devoir de santé publique de rendre le vaccin accessible à toutes dans les plus courts délais et celui de le faire au moindre coût (OFSP, 2009 : 8). Le bien des jeunes femmes est ici utilisé pour montrer que le premier devoir devrait primer sur le second. Cependant, faire primer le devoir d'accessibilité au plus grand nombre et au plus vite est susceptible également de favoriser les intérêts financiers des firmes.

⁶⁸ Site Internet <http://www.mariannehuguenin.ch/content/blogcategory/49/50/> Consulté le 01.02.10

La lettre⁶⁹ de la Société Suisse de Pédiatrie (SSP), adressée à Pascal Couchepin, chef du DFI et Conseiller fédéral, aux directrices et directeurs cantonaux de la santé et au directeur de Santésuisse, en date du 4 février 2008 (*Paediatrica* 2008b) illustre la prise de position officielle d'un groupe professionnel en lien avec ces questions :

« Les pédiatres suisses se trouvent depuis un mois dans une situation contraire à leur devoir éthique. En effet depuis une année un vaccin permet de protéger les femmes jeunes contre le deuxième cancer féminin en terme de fréquence, le cancer du col de l'utérus. Il diminue le risque d'être atteinte par cette maladie de plus de 70 %. Depuis le premier janvier 2008, selon une décision de l'OFSP, ce vaccin est sur la liste des prestations prises en charge par l'assurance de base pour autant qu'un programme de vaccination cantonal soit mis en place. Or, un mois plus tard, de tels programmes cantonaux ne sont toujours pas généralisés. Pouvez-vous imaginer notre malaise éthique lorsque l'adolescente assise en face de nous demande à être protégée contre une contamination virale, dont elle sait qu'elle la mènera probablement aux pires complications médicales, voire à la mort ! Nous vous rappelons que l'on peut estimer que **chaque semaine qui passe, en Suisse, quelques centaines d'adolescentes sont contaminées. Qui supportera la responsabilité humaine, éthique, voire légale, des nombreux cancers qui en découleront ?**⁷⁰ Certes, nous vaccinons certaines de nos jeunes patientes : celles qui disposent d'une assurance privée ainsi que les patientes dont les parents peuvent en assumer les frais. Ce faisant, nous pratiquons une **médecine à deux vitesses**, offrant une protection efficace aux plus favorisées et négligeant les autres. Nous ne pouvons plus tolérer cette situation anachronique et pensons qu'il n'est pas acceptable que celle-ci se prolonge. Conscients qu'un problème financier pèse lourd face à notre problème médical et éthique, nous ne doutons pas que vous prendrez les mesures nécessaires dans un pays où les considérations économiques ne peuvent impunément ignorer la responsabilité morale ».

Dans cette lettre, le sentiment d'attente et d'impuissance ressenti par les pédiatres et leur vécu d'une situation considérée comme non-éthique sont corrélés au mode d'urgence sanitaire sur lequel a été visibilisé le cancer du col suite à l'introduction d'un moyen matériel de prévention – le vaccin – sur le marché. On retrouve l'idée selon laquelle le cancer du col est le deuxième cancer féminin, sans préciser si ces chiffres sont valables pour la Suisse ou le reste du monde. On retrouve également l'effacement de la distinction entre HPV et cancer du col,

⁶⁹ Reproduite ici en intégralité, à l'exception des formules de politesse.

⁷⁰ La mise en évidence en gras est dans l'original.

toute infection étant considérée comme susceptible d'apporter la mort, ainsi que l'accent mis sur le cancer. Ainsi, le sentiment d'attente créé dans la population et le malaise éthique qui en découle auprès des professionnel-le-s sont proportionnels au mal que le vaccin permet de prévenir et de construire. A noter, le registre intensément « émotionnel » mobilisé dans cette lettre, montrant bien que l'utilisation des registres « émotionnel » et « rationnel » varie selon les contextes et que leur opposition ne sert pas toujours les mêmes intérêts. Ici, en effet, le registre émotionnel est mis au service de la défense du bien des jeunes filles et des choix de santé publique, alors que dans d'autres contextes il est utilisé pour disqualifier les critiques portant sur la vaccination anti-HPV.

Cette lettre illustre également la tension entre le devoir « éthique » des médecins de « sauver les jeunes filles de la mort » et un souci économique se traduisant par la conscience qu'un problème financier important empêche la réalisation de ce projet, le premier devant clairement primer sur le second. Le souci éthique de la santé des jeunes filles mis en avant sert paradoxalement l'économie financière et notamment les intérêts financiers des producteurs du vaccin en faisant pression sur la santé publique pour une mise en place rapide de programmes cantonaux. On assiste ainsi à la mobilisation stratégique d'un devoir éthique servant indirectement une médecine entrepreneuriale dont, par ailleurs, la majorité des médecins cherchent à se distinguer.

3.2.2. Les conditions d'un remboursement : achat en gros et vaccination à grande échelle

En novembre 2007, quand le remboursement du vaccin par l'assurance-maladie obligatoire, hors franchise, est décidé, au moyen d'une adaptation dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS832.112.31 Art.12a point 1) il l'est à la condition suivante : le vaccin ne sera remboursé – hors franchise – que dans le cadre de programmes cantonaux. Mais qu'est-ce qu'un programme cantonal ? Et comment est justifié ce choix ? Dans son bulletin du 18 février 2008, l'OFSP explique cette décision : faire passer la vaccination dans le cadre de programmes cantonaux permet de répondre aux critères de qualité, d'adéquation et d'économicité exigés par l'article 32 de la LAMal qui stipule que les « prestations remboursées doivent être efficaces, appropriées, et économiques ». Selon l'OFSP, ces programmes doivent répondre aux exigences minimales suivantes :

- l'information des groupes cibles et de leurs parents/représentants légaux sur l'existence de la vaccination et les recommandations de l'OFSP et de la CFV est assurée
- l'achat des vaccins est centralisé
- la vaccination complète (schéma de vaccination selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV) est visée
- les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies
- la collecte des données, le décompte, les flux informatif et financier sont réglés (OFSP, 2008a :152-153)

Deux éléments centraux de cette stratégie, l'achat centralisé de vaccins et la couverture vaccinale élevée visée, permettent de baisser le coût élevé du vaccin. D'une part, acheter des vaccins en gros auprès du fabricant permet de négocier son prix : « Une dose de vaccin coûtant Fr. 236.85 (décembre 2007), la vaccination contre les HPV revient en effet beaucoup plus cher (plusieurs fois) que les autres vaccinations de base. Il appartient donc aux autorités cantonales de négocier un prix de gros avec les fabricants, afin que le montant total (vaccin lui-même avec la marge, et acte médical correspondant) à rembourser par les assureurs atteigne au maximum 500 à 600 francs » (OFSP, 2008a : 152). D'autre part, s'il est distribué à grande échelle, dans les écoles, par exemple comme le préconise l'OFSP, les frais sont censés être moindres que dans le cadre d'une vaccination privée, l'accessibilité plus grande et la diffusion de l'information meilleure, comme l'a montré l'exemple de la vaccination contre l'hépatite B (ibid. :152).

La vaccination à grande échelle qui résulte des décisions concernant les conditions de remboursement du vaccin a suscité des critiques et des incompréhensions de la part des médecins et infirmières rencontrés. Tout d'abord, chez plusieurs de mes interlocuteurs se trouve l'idée que la vaccination HPV devrait relever d'un choix individuel, et non être imposée de manière autoritaire, comme dans le cas d'une épidémie. Deuxièmement, ils-elles estiment que cette vaccination touche des questions relevant de l'intimité sexuelle des sujets, nécessitant une information ciblée et en accord avec l'âge des personnes visées. Et troisièmement, ils-elles considèrent que les individus doivent avoir le libre choix de leur médecin et devraient pouvoir bénéficier de la vaccination autant chez leur médecin privé que dans le cadre scolaire (par ex. voir la question déposée par Chantal Galladé, conseillère aux Etats socialiste, le 21.12.2007 ou SSP, 2007). Ces trois idées sont mises à mal par la

vaccination à grande échelle telle qu'elle est programmée, faisant naître le spectre d'une vaccination à la chaîne, négligeant notamment la qualité de l'information et la liberté de choix du médecin par les patient-e-s.

3.2.3. Les négociations : rapports de pouvoir entre santé publique, assurances et firmes pharmaceutiques

Si le vaccin est remboursé par l'assurance obligatoire de soins, il n'en est pas pour autant inscrit sur la liste des spécialités, comme tous les autres vaccins, c'est-à-dire qu'il ne peut être remboursé séparément de l'acte (Masserey Spicher, 2008 : 232). Il est alors nécessaire de décider d'un forfait de vaccination comprenant l'acte et le produit, forfait devant être négocié entre les différents partenaires impliqués, c'est-à-dire les assureurs, représentés par Santésuisse⁷¹, le producteur du vaccin – Sanofi-Pasteur MSD – et les Cantons, chargés d'organiser les programmes cantonaux. Ces derniers ont délégué à la Conférence des Directrices et Directeurs cantonaux de la Santé (CDS)⁷² « le mandat de négocier d'une part avec le(s) producteur(s) de vaccin et d'autre part avec santésuisse, de manière à convenir de conditions applicables à l'ensemble du pays, plutôt que d'attendre de chaque Canton qu'il négocie séparément » (Masserey Spicher, *ibid.*). Ces négociations ont eu lieu du 10 janvier au 10 avril 2008. Le 19 mars 2008, la CDS et Santésuisse publient un communiqué de presse informant que le contrat pour le remboursement des vaccinations est mis au point, et que les négociations ont abouti au forfait de 159 francs par vaccination au lieu des 236.85 prévus au départ, ce qui fait 477 francs pour les trois injections nécessaires à l'immunisation d'une personne. Puis, le 11 avril, la CDS, informe dans un communiqué de presse, qu'elle approuve la convention tarifaire décidée, afin de favoriser « la mise en œuvre rapide et économique du programme de vaccination prévu », et souligne que cette réglementation est « exceptionnelle » et « ne doit pas constituer un précédent pour d'autres programmes de vaccination »⁷³.

Ces négociations mettent en jeu des rapports de pouvoir entre les différents acteurs impliqués, chacun défendant ses intérêts, qui ne vont, *a priori*, pas tous dans la même direction. Qui dicte ses conditions à qui ? Les résultats des négociations, compromis d'un bras

⁷¹ Association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale. Voir leur site Internet: www.santesuisse.ch Consulté le 15 décembre 2009.

⁷² Conférence ayant pour but de promouvoir la collaboration intercantonale. Voir leur site Internet <http://www.gdk-cds.ch/8.0.html?&L=1> Consulté le 10 janvier 2010.

⁷³ Site Internet <http://www.gdk-cds.ch/25.0.html?&L=1> Consulté le 10 janvier 2010.

de fer entre firmes qui cherchent à rentabiliser au maximum leur produit et santé publique dont le devoir est de le rendre accessible au plus grand nombre, font naître le soupçon chez plusieurs médecins interviewé-e-s, mais également dans la presse romande, que cette vaccination est rentable avant tout pour la firme productrice du vaccin et que la santé publique est soumise à ses intérêts. Cette question est discutée dans un entretien :

« Enquêtrice: Pour revenir à la question des coûts. Cela veut dire que tous les pays n'ont pas les moyens de négocier avec les firmes ce prix qui est un peu surfait (il vient de me dire que les coûts de production du vaccin sont de 1 dollar et que rien ne justifie qu'il soit vendu plus cher que d'autres vaccins similaires, qualifiant son coût d' "arnaque")

FE : Il aurait fallu que les pays s'entendent, que les services de santé publique s'entendent pour dire : "oui, on vous prend votre produit mais ça va être 10 francs". Et ces firmes-là savent y faire. Ça ferait bien longtemps qu'on saurait si on était capable de faire ça.

Enqu. : Oui renverser ce rapport de pouvoir, parce que là ce sont quand même un peu eux qui dictent leurs conditions.

FE : Ah mais complètement me semble-t-il ! Alors bon, est-ce que ça veut dire que les services de santé publique sont à la botte des firmes pharmaceutiques, non, non ! Parce qu'il y a un bénéfice pour la population. Qu'il y ait un bénéfice pour les entreprises, je peux comprendre, à ce point-là je comprends moins, mais ça veut pas dire qu'on joue le jeu des entreprises, par contre on n'est mal pris pour pouvoir influencer suffisamment les tarifs. Mais, c'est du commerce, de ce côté-là, c'est pas du tout philanthropique ! » (FE, 15.05.09).

Cet extrait nous montre que le bénéfice attendu pour la population justifie que la vaccination soit mise en place, même si c'est à un prix plus favorable aux intérêts financiers des firmes, qu'à ceux de la santé publique et des assurances financées par la population. Ainsi, le bien collectif permet de légitimer le prix du vaccin et l'investissement de santé publique consenti. Cette collusion d'intérêts entre des firmes privées cherchant à s'enrichir au maximum et des organes de santé publique, dont l'intérêt financier est soumis au bénéfice des populations met à mal l'établissement d'une frontière entre une économie morale de la santé publique mettant en avant le bien collectif et une économie financière profitable avant tout aux producteurs du vaccin. Cette médecine entrepreneuriale n'est par reconnue par les médecins interviewé-e-s. Dans leurs discours, au contraire, cette frontière cherche à être affirmée en faisant de la firme productrice du vaccin, une entité uniquement intéressée par

l'argent, suscitant une grande méfiance et avec lesquelles il serait préférable d'avoir le moins de contacts possibles et de la santé publique, une entité uniquement soucieuse du bien des jeunes femmes et cherchant à les protéger d'une menace grave au moyen d'un outil existant.

Adoptant une posture réflexive, un médecin rencontré souligne le rapport de dépendance qui existe entre le monde médical et sanitaire et celui des firmes pharmaceutique. Dépendance, à la fois financière, dans le sens où les firmes subventionnent de nombreuses activités médicales et scientifiques, telles que les colloques ou des activités de recherche, mais également intellectuelle, dans le sens où, les firmes – dans le cas du vaccin anti-HPV – sont les seules à avoir du recul et des données sur ce nouveau produit. J'ai pu constater à plusieurs reprises l'existence de ce rapport de dépendance. Par exemple, un grand nombre d'articles sur le vaccin anti-HPV déclarent des conflits d'intérêts, c'est-à-dire qu'une grande partie du savoir produit sur le vaccin l'est par ceux-là même qui en tirent de manière plus ou moins directe un avantage financier. Autre exemple sur le site Internet de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, des informations concernant la vaccination HPV sont mises en ligne par Sanofi Pasteur⁷⁴. J'ai aussi remarqué la présence d'un site Internet de prévention, destiné aux adolescentes et leurs mères, www.tellsomeone.ch, financé par Sanofi Pasteur MSD, sur la brochure d'information violette distribuée dans les écoles du canton de Vaud.

Le discours du médecin interviewé m'a permis de remarquer que loin de relever d'une situation exceptionnelle propre à la vaccination anti-HPV, ce fonctionnement faisant se brouiller les frontières entre « pur commerce » et « pur savoir » est caractéristique du monde médical et scientifique actuel. Ainsi la marge de manœuvre laissée aux corps médical et de santé publique, dépendant financièrement indirectement des firmes, ainsi qu'intellectuellement du savoir qu'elles produisent sur le vaccin, est réduite. Ce rapport de pouvoir, s'il s'est fait sentir lors de la mise en place de la vaccination HPV, a finalement des conséquences moindres dans un pays riche comme la Suisse, qui dépense une partie relativement importante de son PIB aux dépenses de santé⁷⁵. Par contre, il crée clairement une situation inégalitaire entre les pays solvables et ceux qui ne le sont pas, les derniers étant considérés comme ceux qui auraient le plus besoin d'un vaccin, faute de système de dépistage

⁷⁴ Voir le site Internet de la SSGO <http://www.sggg.ch/fr> Consulté le 15.01.10.

⁷⁵ « Actuellement, le système de santé suisse coûte, tout compris, plus de 51 milliards de francs. Sur ce montant, près de deux tiers, en gros plus de 30 milliards de francs, sont payés directement par les ménages. » (Boschetti et al., 2006 : 10)

efficient. La distinction entre populations solvables et non-solvables relève « d'échelles de valeur implicitement différenciées entre les hommes » (Fassin, 2001 : 349).

3.3. METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES CANTONAUX

Les résultats des négociations et la soumission du remboursement de la vaccination à la mise en place de programmes cantonaux ont impliqué un transfert de charges très important envers les Cantons. Chaque Canton s'est trouvé face au devoir de mettre en place un programme cantonal et, en Suisse, comme le dit une des médecins interviewée « un programme cantonal, c'est 26 programmes, puisque le plan de vaccination est national, mais sa mise en application cantonale » (KL, 08.05.09). Ainsi, le canton de Zoug m'a régulièrement été présenté comme le contre-exemple de ce qui est attendu en termes de vaccination. En effet, ce Canton n'a pas de système de santé scolaire et ses autorités auraient fait le strict minimum en matière d'organisation⁷⁶. D'autres Cantons comme celui de Vaud, qui a une longue tradition de santé scolaire derrière lui, a fait un maximum pour la mise en place du programme cantonal et est considéré, aux yeux d'un membre de la CFV et de plusieurs médecins, comme un « bon élève » de la vaccination. Comment le programme cantonal a été mis en place dans ce canton ? Quels choix ont été faits ? Avec quelles conséquences pour les services cantonaux de santé publique ?

3.3.1. Gérer des flux de vaccins et des flux financiers : une forme d'« auto-goal » ?

Tout d'abord, les programmes cantonaux ont impliqué que l'achat des vaccins soit centralisé et effectué par les offices de santé publique des cantons, qui ensuite se font rembourser par les assurances, contrairement à la procédure usuelle où les assurances remboursent directement les personnes vaccinées :

« La convention prévoit que le Canton facture les vaccinations effectuées sur son territoire (forfait pour l'acte et le vaccin) à Santésuisse, qui répartit ensuite le montant entre les différents assureurs. [...] L'organisation pratique des programmes est l'affaire des Cantons, de même que l'éventuelle répartition de la part du forfait pour l'acte de vaccination entre les services de médecine scolaire, les médecins participants et le personnel de vaccination spécialisé » (Masserey Spicher, 2008 : 232-233).

⁷⁶ D'après plusieurs médecins, ce Canton aurait simplement laissé les praticien-ne-s qui le désirent s'inscrire sur une liste, ceci faisant office de programme cantonal.

Ce changement d'échelle dans le remboursement a nécessité la mise en place de tout un système de facturation et de suivi des flux financiers et des flux de vaccins, au niveau de la santé scolaire – impliquant principalement les infirmières scolaires – et des médecins privés – comprenant les généralistes, les gynécologues et les pédiatres – les deux vaccinant dans le canton de Vaud. En effet, pour que le Canton puisse se faire rembourser auprès des assurances, il faut que chaque vaccin administré soit déclaré et comptabilisé, c'est-à-dire tracé, de sa mise en disposition en pharmacie à son injection dans le corps d'une jeune fille.

Ce système s'est traduit par un transfert de charges sur les Cantons, d'une part au niveau administratif, en raison de la mise en place de ce nouveau système de facturation et de suivi des vaccins, mais également au niveau financier, dans le sens où ce sont les Cantons qui ont pris de gros risques financiers en achetant de grandes quantités de vaccins qu'il doivent ensuite écouler et surtout se faire rembourser, ce qui pose plusieurs difficultés, comme me l'explique un médecin interviewé :

« Donc, ce n'était vraiment pas correct. Le fait que ça nous a demandé à un service de santé publique, un travail monstre sur le plan des flux financiers, avec des risques importants que nous avons pris en particulier dans le canton de Vaud, parce que comme ce n'est pas sur inscription par exemple, on n'a pas de garantie qu'on va retrouver toutes les doses qui ont été administrées, parce que les vaccins sont commandés par les pharmacies, mais c'est nous qui en recevons la facture. Ensuite le médecin qui fait l'ordonnance, et bien la jeune fille elle va chercher son vaccin. Mais comment on va savoir quel médecin a vacciné telle jeune fille, pour qu'on puisse refacturer nous les CHF 159.- à l'assurance, donc on dépend du signalement des médecins, en espérant qu'a bien fait la prestation. Donc, on a demandé aux médecins de nous signaler chaque dose administrée, ce qui ferait qu'on leur retournerait CHF 16.- par dose. Donc, CHF 16.- pour les médecins, CHF 0.- pour les pharmaciens, ce qui est déjà là un petit peu mezzo mezzo comme attitude. Ça marche à peu près, mais pas très bien, et où c'est un auto-goal c'est que les médecins ont l'habitude et introduisent une vaccination dans une consultation habituelle, donc facturent déjà la prestation médicale. Donc pour les assurances à mon avis et je ne suis même pas sûr qu'elles vont le vérifier, mais ça vaudrait la peine, il y a à la fois la facturation de la consultation et le remboursement du vaccin. Et puis les médecins sont obligés, non pas parce qu'ils veulent forcément faire du de l'argent mais parce qu'on le leur demande, on leur dit "signalez-nous que vous avez vacciné", sinon nous on va pas pouvoir se faire rembourser le vaccin, les CHF 143.- au

moins, des CHF 159.-. Donc ils nous annoncent qu'ils ont fait telle dose et on leur paye CHF 16.-. Donc, il sont ok, c'est bien, très très bien. Et puis les assurances qui voulaient faire du bénéfice là-dessus, c'est là que je vois un auto goal magistral » (FE, 15.05.09).

L'« auto-goal financier » de ce système de facturation/remboursement réside dans la non-atteinte de l'objectif d'économie visé par sa mise en place. Plus qu'à une simple réduction des coûts, on assiste à une nouvelle répartition des charges financières, supportée désormais par les cantons. Ce système ne fonctionne que si les vaccins peuvent être tracés jusqu'au bout, traçabilité qui repose sur les agents humains que sont les médecins. Ceux-ci doivent déclarer les vaccins effectués, ce qui implique des « tracasseries administratives » (KL, 08.05.09) qui en ont découragé certain-e-s. De même, ce système s'est accompagné de l'obligation contraignante d'acheter les doses par lot de dix obligeant à vacciner au minimum trois jeunes filles. De plus, les médecins en privé effectuent probablement une double facturation, une fois au Canton qui leur demande de déclarer les vaccins effectués et une fois directement à l'assurance pour une consultation où ils parlent du vaccin, alors que le but de Santésuisse était justement d'économiser de l'argent par ce système.

Par ailleurs, la gestion des flux de vaccins et des flux financiers, outre le suivi administratif qu'elle nécessite, requiert aussi une attention aux agents matériels permettant la diffusion du produit. En effet, ce dernier ne peut circuler sans une chaîne du froid efficace, qui a pris toute son importance vu son prix et le risque de perdre de l'argent en cas de perte ou de détérioration. Ainsi, une grande attention a été portée aux frigos et à la gestion des stocks. Par exemple, les infirmières scolaires ont dû aller chercher les lots de vaccins quotidiennement afin de ne pas faire de stocks dans leurs frigos qui pouvaient être défectueux. Certaines ont dû abandonner l'habitude de préparer toutes leurs injections le matin pour la journée, ne pouvant se permettre de rester avec des vaccins préparés mais non injectés. Autre élément pratique, les systèmes de rappel – sms, mails – mis en place pour atteindre les adolescentes et ainsi permettre aux trois doses d'être injectées.

Finalement, le spectre d'une médecine à deux vitesses que les médecins, dans une logique de santé publique, cherchent tant à éviter par la mise en place des programmes cantonaux n'est pas véritablement écarté. Dans un constat d'échec, ils-elles observent que des disparités cantonales demeurent, créant des inégalités entre cantons et par conséquent entre jeunes filles en lien avec leur lieu d'habitation, mais également en lien avec leur situation socio-

économique, dans le sens où même dans un canton qui fait le minimum en termes de vaccination, les jeunes filles riches et informées pourront se faire vacciner, niveau d'information et niveau social étant corrélés dans le discours des médecins rencontré-e-s. En résumé, comme l'exprime cette médecin, ce système est condamné :

« Ça a été aberrant, lourd et inutile. Ce que je me suis laissée entendre dire d'ailleurs, c'est qu'à terme, c'est un système qui est déjà condamné. Je pense qu'il repart pour une année, parce que quand on a lancé une usine à gaz, on ne peut pas la refermer aussi rapidement que ça, donc le contrat a été renouvelé et c'est reparti jusqu'en juin prochain. Mais les bruits qui courent sont que le but est de démontrer que ça ne marche pas. Il s'agit de dire "on est d'accord, l'objectif c'est que ça marche, il faut nous laisser faire ce qu'on sait faire pour arriver à vacciner toutes les jeunes filles qui souhaitent l'être » et de montrer qu'on a créé de l'inégalité entre cantons clairement mais aussi entre les filles. Par exemple dans le canton de Zoug, celles dont les mères sont au clair, au courant et fortunées, elles ont vacciné leurs filles. [...] ceux qui ont de l'argent, ceux qui sont suffisamment éduqués pour avoir accès aux informations, pour avoir compris ce qui se passait, ce qu'il fallait faire, ce qu'il fallait demander ou remplir le bon papier au bon moment, l'ont fait, et puis les autres n'y ont pas accès, donc c'était certainement pas le but » (KL, 08.05.09).

Les difficultés rencontrées dans la gestion des flux financiers et des flux de vaccins montrent que la volonté de surmonter les failles du dépistage en regard des inégalités socio-économiques qu'il produit, avancée comme argument en faveur de la vaccination, n'est pas réalisable aisément. D'une part, la gestion différentielle des inégalités selon les cantons est problématique. En effet, elle traduit des positionnements politiques différents face aux jeunes femmes considérées comme groupe à protéger et face aux inégalités socio-économiques en rapport avec la santé. D'autre part, l'économie de coûts avancée pour justifier la mise en place de ce système de facturation/remboursement s'avère être surévaluée. Ces deux éléments marquant une sorte de retour au point de départ.

3.3.2. 16 francs pour les médecins privés, pas assez ?

Les vaccins ont ceci de particulier qu'en tant que mesure de santé publique, ils ne peuvent circuler sans l'engagement des médecins. En effet, contrairement à d'autres mesures sanitaires qui reposent en grande partie sur des décisions individuelles et impliquent des changements de comportements personnels – telles que l'arrêt de la fumée ou la décision de perdre du poids

– les vaccins doivent être prescrits par un-e médecin et nécessitent un-e professionnel-le de la santé pour l’administrer. Ceci constitue à la fois une force – ne demandant pas de grands efforts personnels les vaccins sont considérés comme des mesures de santé publique faciles à implanter – et une faiblesse – car « sans les médecins, pas de vaccination » (KL, 08.05.09).

La volonté d’organiser une vaccination à grande échelle dans le cadre de programmes cantonaux, c’est-à-dire en privilégiant les structures de santé scolaire, a quelque peu mis en question la collaboration habituelle des médecins privés. En effet, le forfait de 159 francs par vaccin, négocié entre la CDS, la firme productrice et Santésuisse, implique une rémunération des médecins privés de « seulement » seize francs pour un acte de vaccination, ce qui a suscité de nombreux débats.

L’association suisse des pédiatres (SSP) et celle de médecine générale (SSMG) ont toutes deux publié des prises de position défavorables à la vaccination en rapport avec la rémunération de seize francs considérée, selon les termes d’un pédiatre, comme « totalement inacceptable » (Schneider, 2008 : 1619). Si la SSP déconseille de boycotter la vaccination pour des raisons éthiques (SSP, 2008b), la SSMG, par contre « recommande [...] à ses membres de ne pas effectuer de vaccination contre le HPV dans leur propre cabinet » dans ces conditions (28 août 2008, publié sur le site Internet de la Société suisse de médecine générale⁷⁷). Plus précisément, la SSP se dit scandalisée par les conditions d’introduction de la vaccination anti-HPV. L’argument principal avancé est que « la rémunération actuelle est inacceptable et dans certains cantons même déficitaire pour le cabinet », c’est-à-dire que « des charges démesurées plombent le budget du cabinet » et que de plus, « elle ne permet pas de prise en charge individualisée » (SSP, 2008b). Schneider, un pédiatre, détaille ces difficultés financières :

« Cette somme ne couvre de loin pas les coûts de la vaccination au cabinet médical. En outre, la gestion des vaccins (commande, stockage, tenue des stocks avec coûts de locaux et de personnel) n’est plus du tout indemnisée, car le paiement a lieu directement par le Canton sans que le médecin exécutant soit indemnisé. Ce montant ne couvre même pas les coûts du cabinet médical pour une consultation normale, et cette vaccination devient une véritable affaire à perte. Ou pour le chiffrer autrement : nos charges de cabinet

⁷⁷ Voir leur site Internet: <http://www.ssmg.ch/fr/communications/actualite/details/archives/browse/7.html>
Consulté le 22.12.09

s'élèvent de 200 à 250 francs par heure. Pour pouvoir les couvrir, avant même de gagner un franc nous devrions effectuer 12 à 15 vaccinations par heure. Cette façon de procéder ne correspond pas à l'idée que je me fais d'une consultation et de vaccinations menées avec soin » (Schneider, 2008 : 1619).

La SSP conclut sa prise de position en disant que des « concessions devront être faites au niveau de la qualité de notre service », c'est-à-dire que, selon ses membres, l'économicité prime sur la qualité de la prise en charge médicale autour de la vaccination, et plus que cela, que le prix élevé du vaccin, favorable aux firmes, n'est rentable pour la santé publique que parce que les médecins sont sous-payés : « Apparemment les coûts élevés de fabrication du vaccin doivent être compensés par des pertes chez les médecins exécutants. C'est inacceptable ! » (SSP, 2008b). La position de la SSGM va dans une direction identique. Après avoir avancé le même genre d'argument que la SSP, ils concluent en disant « qu'il est absolument inacceptable qu'un programme de vaccination soit financé sur le dos des médecins de famille alors que l'on admet de payer un prix exorbitant pour le vaccin à l'industrie pharmaceutique ». Outre le rapport de pouvoir bénéfique aux firmes, c'est la vaccination en elle-même qui est mise en cause, en regard de son rapport coût-efficacité :

« Soit cette vaccination est appropriée, efficace sur le plan médico-financier, et vaut son prix, y compris la fabrication du vaccin et tous les coûts supplémentaires qui en découlent, et elle doit alors être incluse dans le programme normal de vaccination. Soit, elle ne l'est pas, et quelqu'un devrait se lever et dire : non, ces coûts et la charge administrative sont trop élevés pour les années de vie gagnées, la vaccination n'est pas offerte à grande échelle » (Schneider, 2008 : 1619).

Ces prises de position illustrent un conflit entre deux niveaux soumis à une même logique économique. Rentable au niveau de la santé publique, le système mis en place ne l'est pas pour les praticien-ne-s en cabinet privé. Ce conflit est exprimé sous la forme d'un rapport de pouvoir financier accordant de plus grands bénéfices aux firmes, au détriment des intérêts des médecins privés. Il est intéressant de noter que c'est le même groupe de pédiatres qui, dans un premier temps, fait primer un devoir éthique sur des considérations financières (SSP, 2008a), qui utilise ici des arguments économiques pour défendre une position professionnelle.

Plusieurs médecins interviewé-e-s cherchent à diminuer l'importance de ces débats, notamment un pédiatre et un généraliste considèrent qu'il s'agit de faux problèmes ne

méritant pas qu'on en parle ou me demandant explicitement de ne pas en parler et trouvent que les généralistes ont perdu une occasion de faire une action pour la collectivité, ce qui n'est pas à leur honneur. D'autres ont manifesté une plus grande compréhension pour ces positions, comme on peut le lire dans cet extrait d'entretien :

« Et puis sur la psychologie de la chose en disant “nous on est des médecins de premier recours, c'est notre responsabilité, vous pouvez pas nous faire ça et nous obliger à travailler dans des conditions qui ne sont pas acceptables”. [...] Bien sûr qu'il y a du tiroir-caisse à la fin du mois mais ce n'est vraiment pas que ça, c'est vraiment le rôle, la fonction professionnelle. Ils ont dit “on n'est pas des vétérinaires”, alors c'était caricatural, pour dire “on peut pas faire de la vaccination de masse pour quelque chose comme ça. On fera de la vaccination de masse si on a une pandémie de grippe qui nous tombe dessus et qu'en un mois on doit vacciner tout le monde, alors on le fera, sans état d'âme et en alignant les gens”, mais ils trouvaient et je dois dire que j'ai une sympathie pour cette réflexion, que pour ces sujets qui sont complexes et qu'on devrait pouvoir aborder dans une certaine intimité et bien le médecin de famille devait en tout cas faire partie du dispositif, et je crois vraiment qu'ils avaient rien du tout contre une participation scolaire, au contraire. Un peu comme pour l'hépatite B, l'hépatite B est un modèle qui convient bien à tout le monde, l'école fait ce qu'elle peut, les praticiens peuvent le faire, tout le monde s'y retrouve, et c'est ça qu'on aurait imaginé » (KL ; 08.05.09).

La réaction des médecins face à une rémunération considérée comme insuffisante peut être lue à la fois comme une défense de leur identité professionnelle de médecin de premier recours et de la qualité de leur travail et comme une critique du rapport de pouvoir favorable aux firmes pharmaceutique dans lequel s'est inscrite la mise en place de cette vaccination, c'est-à-dire comme la défense d'une médecine moins soumise aux firmes et plus soucieuse de la qualité des soins. Cette réaction illustre le conflit entre l'économie morale d'une médecine soucieuse d'intégrer des dimensions psycho-sociales à ses activités de prévention et d'information et orientée vers un devoir de soigner et une économie financière qui transformerait les médecins en « vaccinateur-trice-s » à la chaîne.

Certain-e-s médecins lisent cette réaction comme l'occasion manquée de faire primer le bien des jeunes filles défendu par la santé publique sur les intérêts financiers privés des praticien-ne-s. Déplaçant les termes du conflit, cette position met en opposition la

responsabilité morale de la santé publique de défendre le bien des jeunes filles et la logique économique à laquelle sont soumis-es les médecins privés. Ainsi, l'économie financière est critiquée de manière opposée, soit en regard des intérêts financiers des firmes permettant de défendre une position critique face au système de vaccination mis en place, soit en regard des intérêts financiers des praticien-ne-s permettant de mettre le bien des jeunes femmes en avant.

3.3.3. Elargir le champ des professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prévention du cancer du col

Avant l'arrivée du vaccin sur le marché, les gynécologues étaient les principaux professionnel-le-s impliqué-e-s dans le champ de la prévention du cancer du col de l'utérus. Afin de rendre le vaccin gratuit et accessible au plus grand nombre, une vaccination à grande échelle a été prévue, élargissant le nombre de professionnel-le-s engagé-e-s dans ce champ. Ainsi, dans le canton de Vaud, les médecins généralistes, les pédiatres et surtout les infirmier-ère-es scolaires se sont ajouté-e-s aux gynécologues dans la mise en place de cette vaccination. Ce changement, touchant à l'identité professionnelle des praticien-ne-s, a entraîné un remaniement et une réaffirmation de certaines frontières professionnelles entre ces groupes.

Les gynécologues, engagés dans le cadre de leur pratique dans la prévention du cancer du col utérin, ont été dans un premier temps très intéressé-e-s par la vaccination, bien que peu habitué-e-s à vacciner en général. Or, premier point problématique soulevé par de nombreuses non-gynécologues, ces professionnel-le-s vivent – financièrement et professionnellement parlant – des frottis de dépistage et le vaccin, en venant prévenir des lésions dysplasiques, risque fort de leur enlever une partie de leur revenu, ainsi que de toucher leur identité professionnelle. De plus, selon l'une de mes interlocutrices, elle-même non-gynécologue, le problème de la vaccination est qu'elle vise principalement les jeunes filles de 11 à 15 ans, c'est-à-dire avant qu'elles n'aillent chez leur gynécologue. Ceci entraîne dans une certaine mesure l'exclusion de ces praticien-ne-s du dispositif de vaccination et rend difficile l'éventuelle compensation financière attendue, comme le montre l'extrait d'entretien suivant :

« Alors au départ les gynécologues avaient un intérêt très important au HPV, mais ils ont un petit souci. Ils vivent des lésions précancéreuses. [...] Néanmoins, ils pensaient compenser ce petit souci par de la vaccination, et comme le vaccin a été enregistré

jusqu'à 26 ans, je crois qu'ils n'ont pas trop réfléchi et les firmes ont commencé à beaucoup les démarcher et nous aussi d'ailleurs, parce que ce sont les seuls médecins de premier recours des jeunes femmes, et donc je voudrais que les gynécologues s'occupent de rattraper des vaccinations avant la grossesse, etc., ce que jusqu'alors ils n'ont pas fait parce que ce n'était pas dans leur philosophie ni dans leur formation continue. [...] Quand ils se sont rendus compte que pour que la vaccination déploie ses pleins effets, elle devait être faite très tôt, et qu'ils se sont rendus compte de nos recommandations basées sur l'âge des premiers rapports sexuels en Suisse et l'augmentation importante du risque de HPV entre 14 et 15 ans [...] Et là du coup, ça leur a fait un sacré coup parce qu'il y a très peu de jeunes filles qui vont chez le gynécologue avant le 15^{ème} anniversaire, donc ils auraient pu et ils devraient participer au rattrapage vaccinal qui a lieu maintenant pendant 5 ans, mais ils ont bien compris que dans 5 ans le vaccin ne serait remboursé qu'aux toutes jeunes, et donc du coup la compensation du tiroir caisse, elle va juste pas fonctionner, et c'est donc pratiquement les pédiatres et les généralistes, donc les médecins de famille qui vont se retrouver à terme en première ligne de cette vaccination et du coup, je dois dire que, très franchement, cette compréhension, elle a fait changer de camp certains gynécologues [...] Et le nombre de jeunes filles qu'on a vues venir au centre ici, en disant "je viens ici parce que mon gynéco il est contre", et c'est vrai que c'était flagrant. Ça n'a été dit une fois, mais pleins de fois, ce qui n'était évidemment pas le but, c'était dommage... » (KL, 08.05.09).

Les réticences des gynécologues à promouvoir la vaccination m'ont été rapportées par plusieurs infirmières scolaires et médecins confrontées à des jeunes filles à qui leur gynécologue avait déconseillé la vaccination. Les gynécologues que j'ai moi-même interviewés étaient plutôt favorables au vaccin et ne le considéraient pas comme une menace pour leur activité. Pourtant, d'après le questionnaire effectué par un gynécologue auprès de ses pairs lors d'une journée de formation en gynécologie, ils-elles ne sont pas une majorité :

« [...] et une troisième question qui était pour moi intéressante et plus perverse, c'est pour voir si ils avaient compris : est-ce que vous pensez que la mise sur le marché du vaccin représente une menace pour votre activité ? oui parce que voilà si je vaccine tout le monde, y a plus besoin de faire de frottis, et ben disons y avait 25 % qui disaient oui, y avait 20 % qui disait probable, donc en gros y a une petite moitié de gynécologues suisses qui craignent que le vaccin va correspondre à un risque pour leur profession, alors que c'est pas vrai du tout, il faut contourner le problème, il faut faire plus d'information et moins de frottis » (VR, 06.05.09).

Ainsi, la vaccination anti-HPV vient questionner le rôle professionnel des gynécologues, mais certain-e-s, plutôt que d'y voir une menace pour leur activité professionnelle, y voient l'occasion de se profiler comme les médecins de premier recours de la femme et de modifier leur rôle professionnel en faveur d'activités d'information et de promotion de la santé, comme j'ai pu le constater lors de la journée de formation en gynécologie à laquelle j'ai assisté (Genève, 7 mai 2009). La médecin interviewée ci-dessus y voit aussi, comme on peut le lire dans l'extrait présenté, l'occasion pour les gynécologues d'intégrer l'activité de vaccination dans leur pratique auprès des femmes.

Les pédiatres, à l'inverse des gynécologues, sont très spécialisé-e-s dans les questions de vaccination qu'ils-elles pratiquent au quotidien, mais ne le sont pas dans la prévention du cancer du col de l'utérus. Selon certain-e-s non-pédiatres interviewé-e-s, ce groupe professionnel serait susceptible d'avoir un problème avec la vaccination anti-HPV en raison de son lien avec la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles. En effet, selon plusieurs de mes interlocuteur-trice-s, vacciner des jeunes filles considérées comme étant encore très proches de l'enfance contre une MST peut susciter des réticences auprès des parents et constituer une tâche difficile pour un-e pédiatre, *a priori* peu concerné-e par les questions de sexualité. On voit ici se dessiner une frontière, entre enfance et sexualité, comme si l'une et l'autre n'étaient pas pensables ensemble. Un pédiatre interviewé s'est insurgé contre cette vision des choses, défendant son corps professionnel :

« Alors ça, très franchement, je crois que c'est les gynéco qui ont dit ça et pas du tout les pédiatres. Et je vais vous dire pourquoi, parce que nous ça fait dix ans qu'on fait ça pour l'hépatite B. [...] La seule différence c'est que l'un c'est un cancer du foie et l'autre c'est un cancer de l'utérus. Donc ça oblige à parler de l'utérus, ou disons des organes génitaux, ce qui est encore chez une petite fille de 12-13 ans, quelque chose d'assez virtuel forcément. [...] A une jeune fillette de 12 ans, on peut dire « voilà, il y a des virus qui peuvent infecter la poche à bébé et pour éviter ça, ben on te vaccine et comme ça c'est fini ». Donc on peut parler de protection vaccinale sans devoir aborder la sexualité, même si c'est un virus à transmission sexuelle et ça c'est quelque chose qui ne fait pas du tout peur aux pédiatres, parce qu'ils ont l'habitude de moduler leur discours en fonction de l'âge de l'enfant. Cette adaptation du discours au développement de l'enfant, c'est justement ce que les pédiatres savent faire, et qui met les gynécologues peut-être moins à

l'aise ou qui ont imaginé, dont ils ont estimé qu'ils seraient moins à l'aise» (KL, 08.05.09).

Il est intéressant de constater que tant du côté des gynécologues, que de celui des pédiatres, les critiques proviennent de groupes professionnels distincts du leur. Chaque groupe semble défendre sa position comme étant celle de praticien-ne-s adhérant à la vaccination et critiquer celle des autres, comme étant de moins bons vaccinateurs. Ces discours étant tenus devant moi en situation d'entretien, il me semble qu'ils sont révélateurs d'une volonté des groupes professionnels de se présenter comme adhérant à la vaccination, alors que, comme j'ai pu le constater lors de la journée de formation en gynécologie, quand les praticien-ne-s sont entre pairs, une vision plus critique de la part de certain-e-s peut émerger. Ces discours semblent ainsi révélateurs d'une norme qui fait de la vaccination quelque chose de bon et à laquelle les médecins se doivent d'adhérer publiquement. En même temps, ils servent à l'affirmation d'une identité professionnelle positive construite en se distinguant des autres groupes en référence à cette norme.

Elargir le champ de la prévention du cancer du col aux pédiatres et aux généralistes ne suffit pas à la mise en place d'une vaccination de masse. Dans le canton de Vaud, l'option choisie a été de faire passer la vaccination principalement par les services de santé scolaire. Afin de ne pas trop préteriter les autres activités de ces services, une rallonge financière a été demandée à l'Etat de Vaud, afin de pouvoir engager du personnel supplémentaire pour effectuer la vaccination. Ce personnel – celui de base et celui engagé en supplément – est constitué principalement d'infirmières. Pour certaines, cette vaccination est vue comme un moyen de les instrumentaliser à peu de frais en les cantonnant à des tâches répétitives, peu intéressantes et administratives, telles que la recherche et le contrôle de nombreux carnets de vaccination, la tenue de registres, ainsi que le geste même de faire une injection. De plus, malgré l'aide apportée par le personnel supplémentaire engagé, elles estiment qu'elles doivent négliger d'autres tâches plus intéressantes et pour lesquelles elles sont plus qualifiées, telles que les entretiens individuels avec des élèves, ou les passages dans les classes. Finalement, une des infirmières recontrées exprime particulièrement son regret quant à la manière autoritaire dont cette vaccination est imposée. En effet, les infirmières scolaires se trouvent réduites au rôle d'exécutante à qui on délègue une tâche et donne des informations, mais ne sont pas impliquées dans les processus décisionnels participant à la mise en place de la vaccination. Elles se retrouvent ainsi au bout d'une chaîne hiérarchique dans l'obligation de

vacciner en masse des jeunes filles, sans avoir pu questionner la manière dont elle était organisée.

Pour d'autres infirmières interviewées, cette vaccination permet de visibiliser leur travail – bien que dans sa dimension technique – et de les valoriser professionnellement. En raison de la dimension publique et visible des vaccinations, une infirmière me dit avoir le sentiment que leur rôle est enfin reconnu comme indispensable, alors que leurs actions sont généralement méconnues et considérées comme peu importantes. Elle souligne l'importance de se sentir impliquée, avec un rôle important à jouer, dans les dispositifs de santé publique mis en place en prévision d'épidémies, de rougeole ou de H1N1. Elle évoque d'une part une reconnaissance institutionnelle manifestée par un bonus financier, de nombreuses félicitations du directeur de l'école, et de ses supérieur-e-s hiérarchiques, ainsi que l'ouverture d'un poste d'infirmière scolaire à l'EPFL suite à l'épidémie de rougeole qui y a sévi. D'autre part, elle évoque une reconnaissance au sein même de l'école, de la part des enseignant-e-s et des élèves, cela s'exprimant par la demande d'une enseignante d'organiser des séances d'information sur la pilule du lendemain, chose qui n'est jamais arrivée depuis le début de son activité dans l'établissement. De plus, selon elle, la vaccination a permis aux élèves de mieux les connaître, de créer des liens et de parler d'autres sujets, tels que le stress, les examens ou la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ces infirmières se réapproprient cette campagne de vaccination, imposée par leur hiérarchie, comme un moyen de déployer leur rôle professionnel, en ne se cantonnant pas à un rôle de simple exécutante. La campagne est ainsi utilisée comme moyen de répondre à leur besoin de reconnaissance professionnelle.

Ces deux manières différentes de se positionner professionnellement face à la vaccination anti-HPV illustrent une tension entre un devoir de vaccination et un devoir de prévention ou de promotion de la santé. En raison de leur positionnement institutionnel et hiérarchique, les infirmières scolaires sont dans l'obligation de vacciner, ce qui pour certaines les réduit à un rôle instrumental et va à l'encontre de leur devoir de promotion de la santé, en raison des autres tâches qu'elles doivent éliminer. Pour d'autres, le devoir de vaccination représente l'occasion de réaliser également leur devoir de prévention, sans générer de contradiction. Il est intéressant de noter que les praticien-ne-s en cabinet privé ont vivement réagi à leur assignation à un rôle de « vaccinateur-trice » considéré comme la soumission de leur devoir médical de promotion de la santé à une logique économique favorable à la santé publique et aux firmes. Alors que du côté des infirmières, je n'ai constaté aucune mobilisation commune

autour d'une revendication de ce type. Cette différence de réaction reflète probablement des positionnements différents au sein de la santé publique – secteur public/privé – et un rapport hiérarchique – les infirmières constituent un corps professionnel médico-délégué, c'est-à-dire soumis à l'autorité des médecins – mais également des moyens différents en termes de possibilités de mobilisation politique et de groupement.

Dans cette partie, j'ai identifié les étapes principales de la trajectoire du vaccin de sa mise sur le marché à sa mise à disposition physique et financière auprès de la population. Il s'agit dans une première étape de légitimer la vaccination en montrant scientifiquement qu'elle est rentable pour les organes de santé publique et d'aboutir à des recommandations. Dans un deuxième temps, les organes de santé publique, la firme productrice et les assurances doivent négocier le prix du vaccin. L'achat en gros et la vaccination à grande échelle dans le cadre de programme cantonaux sont les deux moyens utilisés pour faire baisser le prix du vaccin. Dans une troisième étape, des programmes cantonaux doivent être mise en place par les autorités sanitaires concernées. Ceci implique un transfert de charge financier et administratif sur les Cantons, ainsi que la gestion des flux de vaccins. Elargir le champ des professionne-le-s de la santé impliqué-e-s dans la prévention du cancer du col de l'utérus peut se lire comme la dernière étape permettant de rendre le vaccin gratuit et accessible et ainsi d'en faire un « bon outil pour la tâche ».

En conclusion, les éléments analysés m'ont permis de montrer la tension entre une économie morale de la santé publique orientée vers le bien collectif et le devoir de soigner et une économie financière servant les intérêts des firmes pharmaceutiques. La mise à mal de la frontière entre ces deux régimes de valeurs est révélatrice d'une médecine entrepreneuriale, à laquelle les médecins participent tout en cherchant à s'en distancier. Les valeurs mises en jeu sont utilisées stratégiquement et de manière diverse pour défendre certaines positions professionnelles. Certain-e-s utilisent la vaccination anti-HPV pour critiquer le primat de l'économie financière sur les décisions de santé publique. D'autres mettent le bien des jeunes filles en avant pour légitimer le coût du vaccin et la nécessité d'une implantation très rapide de la vaccination. Ces deux postures illustrent la tension entre le devoir de santé publique de rendre le vaccin accessible à toutes au plus vite et celui de le faire au moindre coût, l'intérêt des jeunes filles étant mis en avant pour faire primer le premier. Ce faisant, le bien des jeunes filles, dont la protection est érigée en devoir éthique, sert également les intérêts financiers des firmes pharmaceutiques. Cependant, il passe au second plan quand il s'agit de défendre les

intérêts financiers et professionnels des médecins privés. Cette dernière position s'inscrit dans le registre d'une critique de l'économie financière régissant la mise en place de la vaccination et à laquelle les intérêts des praticien-ne-s seraient subordonnés. Ainsi, on assiste à une circulation des valeurs servant tour à tour stratégiquement les intérêts des un-e-s et des autres.

4. CONSTRUIRE UNE CATEGORIE DE PERSONNES VACCINABLES ET NORMER DES SEXUALITES : DES JEUNES FILLES VIERGES, HETEROSEXUELLES, RATIONNELLES ET SOUCIEUSES DE LEUR SANTE

Les vaccinations sont fondées sur une économie morale orientée vers le bien collectif et la solidarité. Or, dans le cas de la vaccination anti-HPV seules les jeunes filles sont visées. En effet, elle est recommandée dans les « vaccination de base »⁷⁸ pour les jeunes filles de 11 à 14 ans avec rattrapage jusqu'au 20^{ème} anniversaire, pendant cinq ans, et en « vaccination complémentaire » pour les jeunes filles de 20 à 26 ans, sur indication individuelle et sans que ses coûts ne soient remboursés. Pourtant qui dit infection sexuellement transmissible, dit transmission, toute transmission impliquant au minimum deux agents en faisant circuler un troisième, dans le cas étudié, un agent pathogène nommé papillomavirus humain. Or, bien que la notion de transmission comprenne cette idée de binarité, seules les filles sont présentées comme cibles de la vaccination anti-HPV et apparaissent concernées par celle-ci. Lors des quelques entretiens effectués avec des jeunes filles, la compréhension de cette vaccination comme une « histoire de femmes » s'est trouvée physiquement traduite par le fait que nous nous sommes retrouvées – la mère, sa fille aînée et moi – dans la cuisine, en train de parler de la vaccination, alors que le père de cette fille regardait un match de football à la télévision dans une autre pièce. Cet exemple me paraît symbolique de la manière dont une catégorie de personnes – explicitement les jeunes filles, mais également leurs mères, bien au courant du dépistage par frottis – a été visée par la vaccination.

Si le choix de passer la vaccination uniquement par les filles a été fait en Suisse, et majoritairement dans les autres pays, lui donnant l'apparence d'une grande évidence, l'Australie et l'Autriche par exemple ont pris la décision de vacciner également les garçons. Comment, en Suisse, le choix de ne vacciner que les filles est-il justifié et légitimé ?

⁷⁸ « **1.les vaccinations recommandées de base**, indispensables à la **santé individuelle et publique**, conférant un niveau de protection indispensable au bien-être de la population et devant être recommandées par les médecins à tous leurs patients, selon les modalités du Plan de vaccination suisse ; **2.les vaccinations recommandées complémentaires**, conférant une protection individuelle optimale destinée à ceux qui souhaitent se protéger contre des risques bien définis, et dont l'existence doit faire l'objet d'une information par les médecins à leur patients, selon les modalités du Plan de vaccination suisse ; **3.les vaccinations recommandées à des groupes à risque** identifiés comme susceptibles d'en retirer un bénéfice justifiant que les médecins fassent les efforts nécessaires pour atteindre ces personnes à risque et leur recommander ces vaccination, selon les modalités du Plan de vaccination suisse ; **4.les vaccination sans recommandations d'utilisation**, parce qu'elles n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation formelle ou parce que leur évaluation ne démontre pas un bénéfice suffisant pour qu'elles fassent l'objet d'une recommandation » (OFSP, 2010 : 5).

Comment est expliquée la différence de traitement entre garçons et filles ? Comment est pensé le lien entre une partie de la population – les jeunes filles de 11 à 19 ans – et le bien collectif ? Ces questions m’ont amenées à étudier la construction d’une catégorie (Hacking, 2001-2002) de personnes vaccinables en identifiant les frontières qu’elle contribue à consolider ou à reconfigurer. Quelles sont les caractéristiques de cette catégorie ? Autour de quel organe est-elle construite ? En produisant quelles différences ? Et en quoi participe-t-elle à faire du vaccin « un bon outil pour la tâche » ?

Contrairement aux sujets des autres parties – cancer du col et campagne – qui ont suscité de nombreux débats parmi les médecins interviewés, la focalisation de cette vaccination sur une catégorie de personnes spécifique – les jeunes filles – n’a pas été thématisée comme un problème. Dans les entretiens, la question a rarement été abordée spontanément, me donnant l’impression que le choix de la population visée allait de soi et ne méritait pas d’être interrogé. Cette évidence apparente m’a frappée. En effet, elle marquait un décalage entre ma vision des rapports sociaux de sexe formée par mes cours et lectures en Etudes genre qui dénaturalisent la construction du genre en mettant en question l’alignement entre sexe, genre et sexualité (Dorlin, 2008 ; Butler, 2006) et le cadre binaire dans lequel ces trois éléments sont pensés (Kraus, 2000) et un sens commun qui faisait des seules jeunes filles les cibles incontestables de la vaccination.

En montrant comment cette catégorie se construit, j’interrogerai cette évidence et son apparente naturalité. Je commencerai d’abord par traiter des frontières de l’âge que la vaccination contribue à créer, en questionnant les enjeux posés par la population adolescente qu’il vient viser. Puis, je m’arrêterai sur les frontières des sexes qu’elle vient consolider en m’interrogeant notamment sur la manière dont garçons et filles sont traité-e-s différemment. Je questionnerai finalement la frontière des sexualités sur laquelle cette vaccination repose.

4.1. LA FRONTIERE DE L’AGE : DES ADOLESCENTES VIERGES ET MERES EN DEVENIR

4.1.1. L’âge des premiers rapports sexuels : à la recherche de jeunes filles vierges

Les contours de la catégorie de personnes à vacciner se décident en premier lieu au niveau des recommandations de vaccination élaborées par la Commission Fédérale pour les

Vaccinations (CFV) et le Groupe de travail vaccination HPV. Quels sont les principaux critères qui ont guidé la réflexion sur la définition de la catégorie de personnes à vacciner ? Comment sont justifiés et légitimés les choix effectués?

Le premier critère jugé comme déterminant dans l'élaboration des recommandations à propos de la population visée par la vaccination est l'âge. Pour l'établir, les expert-e-s qui en décident ont besoin de déterminer une frontière inférieure correspondant à l'âge à partir duquel vacciner et une frontière supérieure, répondant à la question de l'âge jusqu'auquel il est utile de vacciner en regard du bien collectif défendu par la santé publique. La première frontière fait l'objet d'un « consensus clair » comme le montre cet extrait du rapport du groupe de travail vaccination HPV⁷⁹:

« In the preliminary discussions, the EKIF (Swiss Commission for Vaccination) had basically two questions that needed to be answered : 1.At what age should Swiss females be vaccinated ?; 2.Up to what age should a catch-up vaccine be administrated ? There is a clear consensus in the literature regarding the first questions : females need to be vaccinated before beginning sexual activity » (Suris et al. 2007 : 3)

Cette citation nous montre que la limite inférieure de l'âge est fixée en fonction de sa corrélation avec le début de l'activité sexuelle. Cette corrélation trouve sa justification dans l'histoire naturelle et l'épidémiologie des infections HPV. Les HPV étant transmis majoritairement par voie sexuelle, le risque d'exposition est lié au début de l'activité sexuelle, ce dernier marquant statistiquement une augmentation forte de l'incidence des infections. Pour déterminer l'âge frontière en-dessous duquel les jeunes filles sont encore majoritairement vierges, il s'agit pour les expert-e-s d'identifier l'âge moyen des premiers rapports sexuels en Suisse, comme on peut le lire dans cet extrait des recommandations sous la rubrique intitulée « comportement sexuel – risque d'exposition » :

« En Suisse, l'âge médian du premier rapport sexuel se situe à 18,5 ans chez les hommes comme chez les femmes. La proportion d'adolescents ayant déjà eu un rapport sexuel

⁷⁹ Groupe d'expert-e-s, issu-e-s du groupe de recherche sur la santé des adolescents et unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents et de l'institut de microbiologie, mandaté par la CFV pour répondre à des questions spécifiques. Le rapport a été financé par GSK, la firme productrice du vaccin bivalent, Cervarix, non autorisé par Swissmedic sur le marché suisse. Le rapport peut être trouvé à l'adresse Internet suivante : <https://applicationspub.unil.ch/interpub/noauth/php/Un/UnUnite.php?UnId=184&LanCode=37&menu=pub> sous la rubrique « Rapports ». Consulté le 15.10.09

avant l'âge de 15 ans est de 7% chez les filles et de 13% chez les garçons alors que près de 80% d'entre eux ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 20 ans. Ces données ainsi que la corrélation précitée entre l'âge et l'incidence des infection HPV montrent que l'efficacité de la vaccination sera maximale si elle est effectuée avant l'âge de 15 ans » (OFSP, 2008a: 1).

L'âge des premiers rapports sexuels est lié à un risque plus grand de contracter une infection due à des HPV. Ce risque est calculé et validé statistiquement. En effet, le taux annuel d'infections dues aux HPV est de environ 2% chez les 12-14 ans (HPV 16/18⁸⁰:1%), selon les modélisations réalisées en Suisse, alors qu'il atteint 14-16% chez les 16-25 ans (HPV 16/18 :7-9%) (OFSP, 2008 : 9), 15 ans semblant marquer l'âge frontière des premiers rapports et par conséquent du risque d'être contaminé.

Toujours, selon ce discours d'expert-e-s, vacciner des « jeunes filles vierges » permet de les protéger d'un risque d'infection lié au début de leur vie sexuelle, mais, plus que cela, permet également d'augmenter l'efficacité du vaccin. En effet, il s'avère que le vaccin anti-HPV est un vaccin préventif qui se révèle inefficace s'il est administré alors qu'une personne est déjà infectée comme on peut le lire dans l'extrait des recommandations suivant sous la rubrique « Efficacité » :

« Si l'on considère toutes les femmes ayant reçu au moins une dose de vaccin, indépendamment de leur statut infectieux et de la présence de lésions du col au début de l'étude, l'efficacité contre les CIN 2/3 et les AIS dus aux HPV 16/18 s'élevait à 44% (26-58%) respectivement à 17% (1-31%) contre toutes les lésions quel que soit le HPV responsable. L'efficacité, dans cette analyse, nommée « intention-to-treat » est ici clairement inférieure, car l'étude comprenait aussi des femmes qui avaient déjà été infectées avant le début de l'étude, ou qui étaient infectées au moment de l'étude et celles qui n'avaient reçu qu'une ou deux doses de vaccins. Elle correspond plus ou moins à l'efficacité observée auprès de la population féminine moyenne âgée de 16 à 26 ans. Mais il faut tenir compte du fait que les femmes ayant eu plus de quatre partenaires sexuels masculins ont été généralement exclues des études, de même que les femmes ayant présenté auparavant un frottis PAP anormal. La vaccination contre un type de HPV s'avère inefficace si la personne concernée est – ou a été – infectée avec ce même type de HPV avant d'être vaccinée » (CFV et al., 2007b : 3)

⁸⁰ Pour rappel, ce sont les types de HPV à fort potentiel oncogène contenus dans les vaccins.

Cet extrait nous montre que l'âge des premiers rapports sexuels est corrélé statistiquement non seulement avec un risque d'exposition, mais également avec l'efficacité du vaccin lui-même, mesurée en nombre de cas de dysplasies et d'adénocarcinomes in situ évités. On voit aussi que le nombre de partenaires sexuels est considéré comme important vu que les jeunes filles ayant plus de quatre partenaires sexuels masculins sont exclues de l'étude. Ce lien avec le nombre de partenaires sexuel-le-s est justifié par l'affirmation selon laquelle « la fréquence des infections à HPV augmente avec le nombre de partenaires sexuels » (CFV et al., 2007b : 10). Ainsi s'établit un lien entre nombre de partenaires et risque infectieux, l'idée sous-jacente étant que plus une jeune fille commencera à avoir des rapports sexuels tôt, plus son nombre de partenaires risque d'être élevé et plus elle risque de contracter des HPV. On assiste ici à la construction de l'efficacité du vaccin mesurée statistiquement en corrélation avec une limite d'âge pensée en relation avec l'entrée dans la sexualité, mais également avec un statut infectieux, pensé en relation au nombre de partenaires. Ce dernier semble fixé normativement à quatre partenaires, sans qu'une raison soit avancée pour le justifier. Il serait intéressant de s'interroger sur la limite de quatre partenaires fixée comme critère d'inclusion dans les études. Signifie-t-elle que le risque infectieux des personnes ayant plus de quatre partenaires sexuels est tellement grand qu'elles sont exclues de l'étude ? Ou alors qu'elles ne sont pas représentatives d'une moyenne en cours à cet âge-là ? Elle semble toutefois productrice d'une norme en termes de sexualité multi-partenaires qui se justifierait épidémiologiquement.

La période de « virginité » s'étendant *a priori* dans l'enfance, avant que l'âge de 11 ans ne soit atteint, on peut se demander pourquoi il marque le début de la vaccination. Une des réponses que j'ai reçue à cette question est qu'il vaut mieux ne pas commencer à vacciner trop tôt en raison du manque de recul sur cette vaccination et de l'incertitude quant à la nécessité d'un rappel :

« Et puis, ben pourquoi pas avant ? Ben, simplement dans le but d'avoir des résultats le plus vite possible aussi. Sachant que le vaccin est efficace 5 ans, si on les vaccine, d'ailleurs c'était un débat, si on les vaccine à 10 ans, est-ce qu'il faut les booster à 15 ans ? » (NM, 21.04.09).

Un autre argument avancé par les médecins est que ce vaccin vient prévenir une infection sexuellement transmissible, que les enfants sont considérés comme très peu à risque de

contracter. L'âge de onze ans peut marquer symboliquement l'entrée dans l'adolescence et par conséquent, le moment-limite à partir duquel les adolescentes sont pensées comme susceptibles d'avoir des rapports sexuels, comme le montre la réaction de gynécologues questionnés par un de leurs pairs sur ce point :

« Chaque année, il y a le congrès annuel de tous les gynécologues suisses. Puisque le vaccin venait en première ligne, c'était un des sujets discutés. J'avais fait un questionnaire, pour voir l'impact au niveau des gynécologues. Alors la question c'était : "est-ce que vous seriez d'accord de vacciner les filles dans votre cabinet ?" Alors que les recommandations suisses n'étaient pas encore publiées et 80% disaient oui. "Est-ce que vous êtes prêts à vacciner des filles de 11 ans ? " Et là, tout d'un coup, seulement 20% disaient oui. Donc, on voit que pour eux c'est vraiment une trop jeune fille. "Est-ce vous êtes prêts à vacciner des filles de 15 ans ? " Et là on retrouvait 80 à 100%. Donc l'âge de la vaccination a un impact aussi sur la prestation du geste, [...] » (VR, 06.05.09).

Le troisième élément avancé est structurel. Onze ans marque l'entrée en sixième année, c'est-à-dire au niveau secondaire, ce qui permet de regrouper cette vaccination sous le niveau secondaire, de même que l'hépatite B également recommandée pour les jeunes de 11 à 15 ans.

La limite supérieure de l'âge, celle déterminant jusqu'à quel âge la vaccination est considérée comme « de base » et non comme « complémentaire » fait l'objet du rapport d'un groupe d'expert-e-s (Suris et al., 2007) et semble également difficile à fixer. Etant donné que plus que l'âge, c'est la question des rapports sexuels qui est déterminante (OFSP, 2008a : 3), comment décider de l'âge à partir duquel la vaccination ne présente plus un bénéfice public, mais seulement individuel ? Dans les recommandations finales, la vaccination de rattrapage est indiquée comme vaccination de base pour les adolescentes entre 15 et 19 ans, durant cinq ans et comme complémentaire jusqu'à 26 ans (limite posée par les conditions d'enregistrement du vaccin), c'est-à-dire que sa pertinence doit être examinée au cas par cas et qu'elle n'est pas remboursée par l'assurance-maladie. Un argument amené pour justifier cette vaccination de rattrapage est qu'en agrandissant le taux de couverture des personnes vaccinées, les résultats de la vaccination seront plus grands à la fois en termes économiques et épidémiologiques, les deux étant liés (OFSP, 2008a : 17). Par contre, deux arguments allant dans le sens d'une prudence envers cette vaccination de rattrapage sont avancés. Le premier concerne la baisse d'efficacité en lien avec l'augmentation de la limite d'âge et le deuxième

argument est lié à la plus grande probabilité de « coïncidence » avec des maladies auto-immunes :

« Les vaccinations de rattrapage étant effectuées à un âge plus avancé, leur efficacité est moindre et le risque de coïncidence avec un problème de santé (sans lien de cause à effet avec la vaccination) est plus élevé. Au vu de ces deux points, il est nécessaire d'évaluer au cas par cas la pertinence d'une vaccination en fonction des bénéfices attendus et des risques potentiels liés à la vaccination. Il est impossible de déterminer l'âge à partir duquel la vaccination HPV ne présenterait plus d'intérêt, celui-ci dépendant en premier lieu de l'anamnèse sexuelle et non de l'âge de la personne concernée » (OFSP, 2008a : 3).

Dans cette dernière citation, le lien entre l'efficacité du vaccin et un « passé » sexuel qui peut se révéler lors d'une anamnèse est considéré comme plus décisif que le critère de l'âge en lui-même. Le critère de l'âge n'est considéré comme déterminant que dans sa corrélation avec une sexualité. On assiste par conséquent à une division de la population adolescente en trois sous-catégories, pensées chacune en lien avec un degré d'activité sexuelle plus ou moins important et révélateur d'une moyenne mesurée statistiquement. La première est constituée des jeunes filles de 11 à 14 ans, considérées comme « vierges ». La deuxième est celle de jeunes filles de 15 à 19 ans, considérées comme « moins vierges », mais pour lesquelles la vaccination est néanmoins bénéfique d'un point de vue de santé publique. Sous-catégories auxquelles s'ajoute celle des jeunes femmes de 20 à 26 ans, pour lesquelles une anamnèse sexuelle est considérée comme nécessaire.

L'établissement d'une corrélation entre l'âge, l'entrée dans la sexualité et le nombre de partenaires dans les recommandations s'est traduit, au niveau d'une grande partie des praticien-ne-s rencontrés, par la nécessité invoquée de pouvoir parler de sexualité et de prévention de manière individuelle et approfondie, s'inscrivant dans une volonté d'intégrer une dimension psycho-sociale à la vaccination. Elle s'est aussi traduite par le souci invoqué par plusieurs médecins de reproduire une certaine moralisation de la vie sexuelle, comme cela a pu être le cas avec le SIDA, ou de provoquer une grande intrusion dans l'intimité des jeunes filles concernées. Qu'ils-elles cherchent à l'évacuer ou à lui laisser une place importante dans le cadre de la promotion du vaccin, la question de la dimension sexuelle du vaccin est constituée en problème par les médecins et traduit une prise en compte des éléments psycho-sociaux induits par la vaccination.

La distinction entre différentes sous-catégories adolescentes s'est trouvée cristallisée par l'idée qu'il faut avoir un discours adapté, différencié et invoquer des raisons différentes pour motiver la décisions de se faire vacciner, selon la période de l'adolescence concernée, comme nous le montre l'article de deux pédiatres (Caflisch et Duran, 2008) publié à l'occasion de la mise en place de la vaccination anti-HPV. Au lien établi entre limites d'âge et sexualité, s'ajoutent, par ce souci psycho-social d'information et de prévention, des caractéristiques comportementales, cognitives et identitaires propres à la catégorie étudiée. Ceci nous amène à réfléchir au « contenu » comportemental, considéré comme caractéristique de ces limites d'âge délimitant les frontières de l'adolescence et à interroger la manière dont il est genré.

4.1.2. Des adolescentes, soucieuses de leur santé et aptes à décider pour elles-mêmes

Comment sont décrites les adolescentes visées par la vaccination? Et quelles sont les attentes normatives qui déterminent cette catégorie d'âge et de genre? Un sujet discuté dans les entretiens autour duquel s'articulent ces questions est l'autorité parentale ou la question de savoir à partir de quand les jeunes filles sont considérées comme aptes à choisir ce qui est bien pour elles-mêmes en termes de vaccination, comme me l'explique ce médecin :

« Bon, une jeune fille est légitimée pour décider elle-même d'une vaccination HPV. Ça, c'est le principe, contrairement à la scolarité obligatoire où là on demande la signature des parents. Si une jeune fille de 13 ans, sous la scolarité obligatoire, ou 14 ans, pour prendre un âge un peu plus simple sur le plan de la jurisprudence, si une jeune fille de 14 ans veut se faire vacciner mais que ses parents s'y opposent, elle devrait pouvoir être vaccinée » (FE, 15.05.09).

On retrouve dans cet extrait la distinction entre deux sous-catégories de jeunes filles. Premièrement, celle des jeunes filles de 11 à 14 ans, qui sont dans le cadre de l'école obligatoire et soumises à l'autorité parentale. Deuxièmement, celle des jeunes filles dès 15 ans – ou 14 ans selon les propos du médecin cité ci-dessus – considérées comme capables de décider pour elles-mêmes de participer ou non à la vaccination. Cette distinction s'est traduite formellement par une demande d'autorisation signée par les parents au niveau secondaire, alors que les adolescentes en post-obligatoire on pu signer elles-mêmes le formulaire leur permettant de se faire vacciner. Cette distinction qui se formalise autour de la fin de la

scolarité obligatoire est également corrélée à la limite d'âge définie légalement comme étant celle de la majorité sexuelle, c'est-à-dire 16 ans :

« A Genève, on a discuté de l'âge en-dessous duquel on pouvait vacciner sans le consentement parental, parce que la majorité officielle c'est 18 ans. Et au départ, sur la première circulaire qu'on a vu passer c'était ça. Et on est monté aux barricades en disant "à Genève, on peut avorter à 16 ans sans le consentement des parents" puisque la maturité sexuelle c'est le 16^{ème} anniversaire. Et donc moi, j'ai lancé partout une petite phrase qui a fait beaucoup avancer les choses, parce que j'ai dit : "j'ai une nièce de 17 ans qui me dit : "tu prétends que j'ai le droit de me faire avorter sans le dire à mes parents, mais pas de me faire vacciner contre une maladie". Donc du coup c'est l'argument qui a convaincu les juristes, [...] » (KL, 08.05.09).

La comparaison avec l'avortement est utilisée ici pour défendre le droit des jeunes filles à disposer de leur corps en lien avec le domaine de la sexualité. Elle permet aussi de ramener au même niveau deux actes – se faire avorter, se faire vacciner – qui autrement révéleraient une gravité différentielle inversement proportionnelle à l'importance qu'on leur attribue dans le sens commun.

Les jeunes filles de plus de 15 ans étant considérées par les médecins engagé-e-s dans la mise en place de la vaccination comme aptes à décider de ce qui est bon pour elles en termes de vaccination, la responsabilité du choix leur incombe. Celle-ci repose sur le principe de consentement éclairé, aboutissement d'un processus décisionnel rationnel, et est soutenue par l'idée d'une information de qualité, permettant de décider en connaissance de cause. Cette volonté de rendre les individus responsables de leur santé s'inscrit dans la politique défendue par l'OFSP et fait partie de ses principes directeurs (2006 : 7). Alors que les vaccinations peuvent, selon les pays et les moments, être imposées de manière autoritaire, ici se trouve la volonté des médecins de laisser de la place à une démarche décisionnelle individuelle. Plusieurs considèrent que cette vaccination s'inscrit dans le registre d'une prévention à un niveau individuel, dans le sens où ce sont avant tout les conséquences sur la propre santé d'une personne qui sont en jeu et non sur la santé de la population en entier comme lors d'une épidémie. Selon eux, il s'agit de prendre une décision par rapport à des risques encourus au niveau personnel et non par rapport à des risques que l'on imposerait aux autres, considérés comme plus vulnérables :

« Je pense qu'il faut que ça reste un choix individuel, c'est pas comme d'autres maladies transmissibles comme par exemple la rougeole où ce n'est pas tellement un choix individuel. La rougeole met en danger d'autres personnes qui ne peuvent pas être immunisées, pour une raison quelconque. Par exemple, des gens qui sont gravement malades ou qui ont des cancers, des leucémies, ou qui sont HIV positifs, qui ne peuvent pas être vaccinés contre la rougeole. En conséquent, les gens qui ne se font pas vacciner contre la rougeole mettent en danger justement ces autres populations, donc il y a une double responsabilité de se faire vacciner contre la rougeole ou des maladies semblables. Pour le HPV, là, je pense que c'est pas tout à fait la même chose, on est responsable pour soi-même, et puis on se protège soi-même ou pas, [...] » (ZB, 20.04.09).

Cette responsabilité à décider pour soi-même de ce qui est bon en termes de vaccination a été vue positivement par quasi tous-tes mes interlocuteur-trice-s car, d'une part, elle facilite les démarches permettant à la vaccination de se réaliser en réduisant le nombre d'interlocuteur-trice-s impliqué-e-s et, d'autre part, elle permet d'exercer une aptitude au choix rationnel, participant d'une certaine forme d'émancipation ou de passage à l'âge adulte :

« Enquêtrice : Est-ce que vacciner des adolescents pose des problèmes particuliers par rapport à la vaccination des enfants?

FE : Ça a plutôt fourni des opportunités particulières. C'est des opportunités de débats, de discussion et donc de choix raisonné. Bon, nous trouvons que c'est un excellent moment pour le faire aussi, parce que ça permet, au delà de la vaccination particulière qui est proposée là, de les mettre en discussion sur ce type de choix, y compris sur le fait qu'un jour ils seront parents, les questions à se poser pour leurs enfants, qu'ils comprennent les termes de cette problématique et les termes du choix, et de ses implications, alors problème, non, non, non du tout, alors plutôt une vraie opportunité » (FE, 15.05.09).

Ici, la situation créée par la mise en place de la vaccination est considérée comme une opportunité particulière de promouvoir une responsabilité individuelle face aux choix de santé effectués dans un esprit rationnel. On retrouve dans le discours de ces médecins une économie morale orientée vers un devoir d'intégration des dimensions psycho-sociales à leur pratique. Le vaccin est utilisé pour défendre une santé publique qui n'est pas centrée sur les seuls

aspects biologiques ou financiers et qui ne s'impose pas de manière autoritaire, mais qui prend en compte les dimensions psycho-sociales des individus et les invite à prendre eux-mêmes leurs décisions. Dans les faits, cette éthique d'une « bonne » santé publique se trouve en conflit avec l'impératif économique de mettre en place une vaccination à grande échelle laissant peu d'espace pour la promotion des valeurs défendues.

La perspective de genre permet d'éclairer un peu différemment ce souci de promouvoir la responsabilité des individus face à leur santé. Dans l'extrait d'entretien cité, le mot « parents » est utilisé de manière neutre sans préciser s'il s'agit des mères ou des pères et est élargi à d'autres vaccinations. Cependant, dans le cadre de la vaccination HPV, ce sont bien les jeunes filles qui sont visées et pour lesquelles l'opportunité d'un choix rationnel se présente. Dans le cas précis, on ne demande pas aux garçons de se positionner par rapport aux risques qu'ils prennent pour eux ou pour autrui. Ainsi, plutôt qu'à des « parents », c'est à des futures mères devant décider plus tard des vaccinations de leurs enfants, auxquels elles sont déjà implicitement associées, que l'utilité de ce choix s'adresse.

La corrélation entre une exigence de rationalité et de responsabilité et des adolescentes pensées en lien avec une future maternité se retrouve également dans l'article des deux pédiatres (Caflisch et Duran, 2008). Celles-ci recommandent de développer un discours spécifique selon l'âge des adolescentes visées. Les personnes en fin d'adolescence (dès 17 ans) sont considérées comme « pouvant se projeter dans le futur (et être) sensible par exemple aux réflexions quant à des grossesses compliquées suite à des traitements de dysplasie cervicale » (2008). Il s'agit de leur faire « comprendre les effets à long terme et l'impact sur le futur pour soi-même et les autres » (ibid.). A nouveau, ce sont les futures femmes enceintes qui sont convoquées et incitées à réfléchir en prenant en compte autrui – dans l'exemple donné l'éventuel fœtus – en raisons des conséquences que telle ou telle décision peut avoir sur lui. On voit dans cet exemple, que si les jeunes filles sont invitées à décider pour elles-mêmes de ce qui est bien, elles sont également comprises comme devant naturellement déjà développer le souci de protection d'un autrui, en l'occurrence le fœtus.

Ainsi est construite une figure d'adolescente raisonnable, apte à décider pour elle-même de ce qui est bien, capable de se projeter dans un futur lointain et de penser aux conséquences à long terme de ses choix présents. Ces traits semblent plus caractéristiques de l'âge adulte que de l'adolescence telle qu'elle est présentée dans le discours médical. En effet, le rapport entre

cette période d'âge et la vaccination et considéré comme problématique. Plus précisément, les caractéristiques de « robustesse physique », « bonne santé évidente », « prises de risque » et « insoumission » sont pensées comme en opposition aux valeurs sous-jacentes à la prévention vaccinale, telles que souci de protéger les plus vulnérables et désir de protéger l'avenir (Siegrist, 2003). Le décalage entre les caractéristiques de l'adolescente et celles de l'adolescence laisse à penser que la catégorie des jeunes filles visées par la vaccination anti-HPV est genrée de manière féminine. D'un point de vue de production des identités de genre, il est intéressant de voir que c'est justement dans une période d'adolescence construite comme une phase d'apprentissage d'une rationalité adulte qu'interviennent des définitions genrées de ce qu'est une femme pensée en lien avec une future maternité.

Par contre, l'élément de « bonne santé évidente » considéré comme caractéristique de l'adolescence est très présent dans la figure d'« adolescente vaccinable contre HPV » s'illustrant dans les medias ou les documents de santé publique. En effet, ce sont toujours des jeunes filles éclatantes de santé qui sont présentées. Cet élément joue probablement un rôle dans la construction du vaccin comme « bon outil », dans le sens où il vient justement protéger une catégorie de personnes construites comme jeunes en bonne santé et ayant l'avenir – entre autres maternel – devant elles.

4.2. LA FRONTIERE DES SEXES : UNE POPULATION-CIBLE DE JEUNES FILLES... MAIS OU SONT LES HOMMES ?

4.2.1. Des porteuses d'utérus futures mères : une évidence implicite

La réponse que j'ai le plus entendue quand je posais la question de savoir pourquoi vacciner uniquement les fille est : « mais les hommes n'ont pas d'utérus » prononcée sur le ton d'une grande évidence. Evidemment le vaccin vient prévenir le cancer du col de l'utérus, les filles ont un utérus, les garçons n'en ont pas, fin de la question. Alors, pourquoi vacciner les garçons dans d'autres pays ? Cette diversité de choix effectués en termes de politique sanitaire permet d'interroger cette apparente évidence d'une différence naturelle et de montrer qu'il s'agit avant tout des choix sociaux et culturels qui par définition sont historiquement situés et donc contingents. Comment le choix de ne vacciner que les filles est-il expliqué, justifié et légitimé dans le discours des médecins rencontrés?

Contrairement à la question de l'âge, la question du choix du sexe de la population visée est peu discutée et semble avoir été déjà conclue en amont des recommandations. Dans le rapport de Suris et al., on peut trouver le commentaire suivant :

« It has also been debated whether males should also be vaccinated. Although some authors report that vaccinating both men and women would result in a higher decrease in HPV prevalence, evidence to date indicate that vaccinating both genders had little benefit over vaccinating female only. Taira et al. reported that including males in a vaccination program would only slightly reduce infections and cancer cases with an unattractive cost-effectiveness ratio » (2007 : 14).

Ici, le choix de vacciner les garçons s'inscrit dans une réflexion plus générale sur le rapport coûts-bénéfice. La vaccination coûtant cher, l'inclusion des garçons dans le programme serait trop coûteuse, pour un bénéfice non avéré. L'utilisation du discours économique pour justifier et légitimer la focalisation des programmes de vaccination sur les filles fait partie des arguments que j'ai régulièrement entendus. Cet argument économique se combine à un autre type d'arguments, s'inscrivant dans un registre de légitimation biologique ou immunologique : « La vaccination induit des anticorps chez les garçons, mais il n'existe encore aucune donnée permettant de déterminer l'effet protecteur des anticorps. [...] La vaccination des garçons n'est pas recommandée » (OFSP, 2008a : 3). Payer plus pour une efficacité considérée comme moindre, voire nulle, car encore non-testée, va à l'encontre d'une logique de santé publique qui cherche à maximiser le rapport coût-bénéfice des mesures sanitaires qu'elle implante.

Comme on le voit, les seuls éléments qui traitent de cette question au niveau des recommandations expliquent très brièvement pourquoi les garçons sont exclus du programme de vaccination et par conséquent en creux, mais non pas directement, pourquoi seules les filles sont impliquées. Ne nécessitant pas d'explications, la seule prise en compte des filles fonctionne comme une évidence ne suscitant pas de discussion. L'un des biais permettant d'expliquer cette évidence est que lors de toutes les étapes menant à sa production, le vaccin a été pensé principalement comme étant destiné à la prévention du cancer du col de l'utérus et par conséquent destiné aux jeunes filles. En effet, les études de phases 2 et 3 ont été menées auprès de femmes et non d'hommes (OFSP, 2008a : 12). Si la division entre jeunes hommes et jeunes filles semble constituer le résultat des décisions prises au niveau des

recommandations, elle est en fait installée dès le départ comme prémisse déterminant l'élaboration du produit. Par ailleurs, si le Gardasil® permet de s'immuniser contre deux types de HPV pouvant provoquer des condylomes acuminés, qui se trouvent aussi beaucoup chez les jeunes hommes, il est tout de même vendu comme un vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Ainsi dès le départ, ce vaccin est pensé comme destiné aux jeunes femmes, en tant que porteuses d'utérus, organe susceptible d'être atteint suite à une infection persistante avec des HPV à haut risque.

L'utérus, organe autour duquel sont pensées les jeunes filles visées par la vaccination, vient aussi les définir comme futures mères potentielles. En effet, l'utérus est l'organe qui permet de porter un fœtus à la vie. Ce lien se retrouve dans la réflexion sur le rapport coût-efficacité, car la vaccination permet d'éviter des conisations qui ont des effets négatifs sur les grossesses d'une femme, comme me l'explique longuement ce médecin :

« En Suisse, on a plus de 5000 conisations par année. Donc on enlève un bout du col, et je dirais que, ça c'est sous-estimé. 75% de ces 5000, c'est des femmes en âge de procréer. Ça veut dire que ces jeunes femmes vont subir une intervention sur le col, dont je dirais 60% pourrait être évité par le vaccin. Elles vont subir cette intervention qui va raccourcir le col. Donc la moyenne d'âge d'accouchement c'est pas 20 ans, c'est plutôt 32-33, donc elles acquièrent le HPV entre 16 et 20 ans, elles font leur dysplasie vers 25 ans, elles font leur conisation à 25 ans, elles changent de partenaire, elles ont un autre à 30 ans, elle fait une récurrence, voilà une 2^{ème} conisation, et pis à 34 ans dès qu'elle veut un enfant, on dit "waouh votre col est mini-court, vous êtes alitée pendant toute votre grossesse". Donc la Suisse aura un bénéfice à ce niveau-là, donc moins de frottis pathologiques, moins de conisations, et on va diminuer le risque notamment d'accouchement prématuré. » [...] (VR, 06.05.09).

Lier le vaccin au taux de naissances prématurées et à la possibilité de porter un fœtus à terme en fait un moyen de soutenir la fécondité des femmes et de les appuyer dans leurs projets de procréation. Se manifeste par-là une reconnaissance des difficultés rencontrées par certaines femmes pour mener une grossesse à terme suite à des traitements médicaux iatrogènes. Cependant, ce lien vient également renforcer la définition des jeunes femmes comme porteuses d'utérus et comme futures mères, c'est-à-dire en rapport avec la capacité reproductive des corps féminins. Cette définition est à la fois naturalisante – toutes les femmes n'ont pas d'enfants, ni ne sont des porteuses d'utérus, bien que tout de même

considérées socialement comme des femmes – et normative – dans le sens où elle est représentative d’une moyenne statistique, mais relève également d’une norme, « se référant à des règles, des principes, des obligations [c’est-à-dire] ce qu’il faut ou convient de faire ou ne pas faire » (Fassin, 2009 : 1257), norme déterministe qui fait des jeunes filles des procréatrices en devenir. Légitimation économique et sociale – soutenir les femmes dans la réalisation de leur projet procréatif – se mêlent ici pour faire du vaccin « un bon outil ».

4.2.2. Des hommes vecteurs, des femmes victimes

Un argument souvent avancé pour justifier l’exclusion des jeunes garçons de la vaccination est que contrairement aux jeunes filles qui risquent de souffrir dans leur corps et dans la réalisation de leur rôle de mère enfantante, ils ne subiront aucune conséquence d’une infection avec des HPV. Ils peuvent développer des condylomes acuminés – d’ailleurs, deux des souches incluses dans le vaccin Gardasil® visent à les prévenir – des cancers de l’anus ou du pénis, mais ces problèmes de santé sont présentés comme mineurs et ayant une faible incidence, en regard des conséquences d’une infection avec des HPV chez une jeune fille. Le nombre minime de conséquences négatives chez les hommes permet, selon une de mes interlocutrices, d’expliquer l’absence d’études faites sur les garçons au moment de l’approbation du vaccin, les excluant des recommandations :

« Alors la vaccination a été approuvée pour les filles seulement par la FDA⁸¹, parce que les études n’ont montré qu’un effet sur les femmes, puisqu’on a vacciné des femmes pour voir si elles allaient avoir des lésions. Alors les compagnies ont aussi vacciné des hommes ou des garçons et ils ont montré que c’était immunogénique, c’est-à-dire que le vaccin produit des anticorps, mais pour savoir si ça prévient des lésions, il faudrait qu’il y ait des lésions chez les hommes. Alors, il y en a mais elles sont très rares. [...] Donc, il y a des études en cours pour ça, parce que Gardasil, ils aimeraient le faire approuver pour les hommes évidemment, donc ils ont mis sur pied des études pour pouvoir voir chez les hommes l’incidence sur les verrues génitales et éventuellement des lésions anogénitales. Je ne sais pas s’ils ont pris des groupes spécifiques à risque ou pas, pour pouvoir avoir des chiffres. Parce que c’est ça le problème, combien d’années il faut attendre pour avoir assez de chiffres entre placebo, pas placebo pour voir une différence, s’il y a un cas tous les mille, il faut attendre x années pour avoir des cas. Et donc c’est pour ça que la FDA n’a pas approuvé le vaccin, elle a dit il n’y a pas de démonstration d’efficacité chez les hommes [...] » (NM, 21.04.09).

⁸¹ Food and Drug Administration : l’équivalent de Swissmedic, pour les USA.

Cette longue citation permet de réaliser que le nombre minime de lésions chez les hommes constitue un problème au niveau des firmes qui produisent le vaccin. En effet, il ne permet pas de fournir le matériel suffisant pour tester ce nouveau produit sur les cohortes des deux sexes. L'absence de conséquences physiques sur les corps des jeunes hommes est présenté comme un argument justifiant leur exclusion dès le commencement du processus de production du vaccin. On voit ainsi se mettre en place une sorte de raisonnement tautologique où seules les jeunes filles sont considérées comme souffrant des conséquences d'une infection HPV, seules à tester le vaccin et seules à être visées par la campagne mise en place et où les jeunes hommes sont exclus. Ce raisonnement s'inscrit dans une logique médicale qui fait du vaccin la réponse à un problème de santé existant – les conséquences des infections HPV sur les corps des jeunes femmes – mais qui d'un point de vue constructiviste le constitue en problème sanitaire exclusivement féminin.

En raison de l'absence de conséquences physiques d'une infection HPV sur les jeunes hommes, leur rôle dans sa transmission prend un statut bien particulier :

« Alors les hommes sont aussi infectés mais ne développent habituellement pas de symptômes, ni de cancers, bien que ça puisse aussi provoquer des cancers du gland, mais c'est beaucoup beaucoup moins fréquent que le cancer du col utérin de la femme. Mais c'est eux qui transmettent le virus, d'une femme à l'autre. Ils l'attrapent d'une femme et ensuite sont porteurs, le transmettent à leur prochaine partenaire et on s'est posé la question si ça vaudrait la peine éventuellement de vacciner également les garçons, parce qu'ainsi on éviterait la transmission [...] » (ZB, 20.04.09).

Dans cette citation peut se lire la mise en place d'une opposition genrée entre passif et actif. Les hommes sont décrits comme porteurs transmettant le virus d'une femme à l'autre ce qui relève d'un rôle actif. Alors que les femmes sont décrites implicitement comme les victimes passives, celles qui subissent les conséquences négatives d'une infection. Dans le discours de mes interlocuteur-trice-s, la qualification des hommes comme « porteurs », « vecteurs », « transmetteurs » du virus s'est retrouvée fréquemment, alors que logiquement les femmes sont aussi porteuses et transmetteuses. A cette répartition binaire des rôles actif et passif dans la transmission des HPV, s'ajoutent des connotations quant à la sexualité des uns et des autres. En effet, les jeunes hommes sont généralement présentés comme ayant plus de

partenaires sexuelles féminines que les jeunes femmes⁸². Cette différence est traduite par un médecin par le terme de « qualité du partenaire » :

« La qualité du partenaire qui dit très clairement si vous avez un copain qui a pas mal butiné et eu pas mal d'infections, c'est sûr vous allez attraper quelque chose. Si vous êtes seuls sur une île, qu'il a jamais eu d'autre fille que vous, c'est sûr qu'il n'y aura pas de risques, mais la qualité du partenaire intervient beaucoup. [...] Les américains ont fait une étude avec des jeunes femmes, style 16-18 ans. Critère d'inclusion : 1 copain, pas plus. Dès qu'elles ont un deuxième copain, elles sont exclues de l'étude. Puis, on regarde dans la période de vie de ces jeunes filles de 16-18 ans, sur une période de 2 ans en gros, alors qu'elles n'avaient eu qu'un seul copain, quel est le risque de développer HPV [...] En fin de compte, 30% un tiers des filles qui n'avaient qu'un seul copain développent un HPV dans l'année, donc une sur trois alors qu'elles n'avaient qu'un seul copain et en fin de compte le biais majeur c'est les antécédents du copain, donc on revient toujours un peu à la case départ, le vecteur numéro 1 du HPV c'est l'homme, c'est le garçon, [...] » (VR, 06.05.09).

Cette étude a été utilisée en exemple pour démontrer que la fidélité, l'abstinence et le fait de n'avoir qu'un seul partenaire sexuel ne réduisent pas le risque de contracter une infection HPV. Ce faisant, elle définit les jeunes filles comme doublement victime, une première fois, d'inégalités physiques leur faisant subir plus de conséquences des infections et, une deuxième fois, des antécédents de leur partenaire sexuel qui les exposent à un plus grand risque d'infection indépendamment de leur volonté. Le positionnement des jeunes filles visées dans un rôle de victime passive dans le discours des médecins constitue le vaccin en outil salvateur, permettant la reconnaissance d'inégalités physiques et sociales – liées au passé sexuel de leur partenaire. Ainsi le vaccin peut être considéré comme un outil prenant en compte le vécu spécifique des femmes en regard du cancer du col utérin et venant les protéger de facteurs déterminant leur santé indépendamment de leur volonté.

Cependant, cette prise en compte de spécificités féminines s'inscrit également dans une vision binaire de la différence entre jeunes filles et jeunes hommes à laquelle les médecins rencontrés donnent des explications et justifications biologiques. Le discours sur la différence

⁸² Différence qui ne s'explique pas d'un point de vue logique. « Gender differences could be explained by a small proportion of women having sex with many partners (e.g., sex workers), or by under-reporting of sexual activity by women or men's over-reporting » (Burchell et al., 2006 : S3/57).

sexuelle entre ces deux groupes s'est articulé principalement autour de la question de l'efficacité du vaccin. Comment un vaccin peut-il être considéré comme efficace sur une population de sexe féminin et non sur une population de sexe masculin ? Est-ce que cette différence signifie que les systèmes immunitaires des hommes et des femmes sont différents ? Voici la réponse d'un médecin à cette question :

« Non le système immunitaire c'est la même chose. Les garçons, on savait qu'ils faisaient des anticorps, mais le vaccin protège parce que les anticorps traversent la muqueuse génitale, l'imprègnent et neutralisent le virus. Les muqueuses féminines sont des muqueuses humides, donc qui sont imprégnées d'anticorps. C'est certainement la même chose dans la région de l'anus pour le garçon et donc les cancers de l'anus on a toujours pensé qu'ils devraient être évités. Mais beaucoup des lésions sont sur le gland qui est une muqueuse sèche, c'est une muqueuse avec un épithélium. On n'imaginait pas et ce n'était pas forcément évident que les anticorps allaient imprégner cette muqueuse aussi bien, aussi efficacement que les muqueuses féminines. Donc ce n'est pas une histoire de système immunitaire, mais une histoire de système génital » (KL, 08.05.09).

S'établit dans cette explication une distinction entre deux niveaux de réaction immunitaire. Avec le vaccin, les anticorps sont produits à un niveau systémique, dans le sang, alors que dans l'infection naturelle, les anticorps sont produits localement et restent localisés au niveau génital, l'un des enjeux de la vaccination étant de prouver qu'une production d'anticorps au niveau systémique protège bien au niveau local du système génital. Par conséquent, une production d'anticorps au niveau systémique peut empêcher la pénétration des virus dans les cellules du col de l'utérus des filles, mais n'empêche pas forcément les garçons de les porter au niveau génital, et par conséquent de les transmettre. Cette distinction est expliquée par les types de muqueuse – sèche et humide – des organes génitaux masculin et féminin. L'affirmation de cette différence d'ordre biologique, mêlant niveau immunitaire et génital, vient légitimer la non-prise en compte des jeunes hommes dans le cadre de la vaccination.

Une autre différence biologique évoquée concerne la capacité plus grande des jeunes hommes à se débarrasser des virus, comparée à celle des jeunes filles, comme on peut le lire dans l'extrait d'entretien suivant :

« Donc les filles quand elles ont le HPV, elles en ont pour une année en gros, le garçon le HPV il en a pour deux mois [...] Je pense que la grosse différence, c'est que dans les rapports sexuels, il y a plus de micro-traumatismes chez la femme que chez l'homme, micro-traumatismes de l'épithélium ou des muqueuses. Ceci fait que la première barrière se déchire un tout petit peu. Et le virus il s'attaque pas à la cellule d'en-dessus, il s'attaque à la cellule de la base, donc pour accéder à la cellule de la base, il faut qu'y ait un microtraumatisme. C'est pour cette raison que dans les rapports anaux chez les homosexuels, le taux de cancer anaux explose, parce qu'il y a beaucoup plus de micro-traumatismes, donc il y a plus de transmission du HPV dans ces conditions-là. Probablement aussi que l'épithélium du garçon a une meilleure immunité, ce qui lui permet d'éliminer plus facilement le virus. Donc en gros, je dirais que c'est ça la grosse différence, le fait que le virus est moins longtemps au contact des cellules, il fait moins de maladies. Chez la femme il va rester une année, et puis, si tout à coup il développe son potentiel oncogène il fait ces anomalies, [...] » (VR, 06.05.09).

Dans cette citation, des inégalités physiques entre jeunes filles et jeunes hommes sont mises en avant et expliquées biologiquement par une différence de conséquences des rapports sexuels sur le corps des femmes⁸³. L'épithélium des organes génitaux de ces dernières subirait plus de « micro-traumatismes » que ceux des jeunes hommes. Plus précisément, des explications immunologiques se mêlent à des différences d'ordre génital pour expliquer en quoi les jeunes femmes seraient plus victimes des infections HPV que les jeunes hommes. Mettre en avant cette spécificité corporelle fragilisante permet de légitimer le vaccin comme outil qui la reconnaît, la prend en compte et cherche à la rétablir en protégeant les jeunes filles. Cependant, les arguments biologiques avancés pour l'expliquer viennent aussi réaffirmer une différence naturelle entre jeunes filles et jeunes garçons, différence qui contribue à la consolidation et à la reproduction des normes de genre (Butler, 2006 ; Kraus, 2000).

L'affirmation de cette différence peut être vue positivement ou négativement selon les points de vue. Pour la plupart de mes interlocuteur-trice-s, elle ne mérite pas d'être questionnée et semble bonne car permettant de consacrer des ressources financières à celles qui sont considérées comme en ayant le plus besoin en raison de spécificités physiques fragilisantes : les jeunes filles. Pour une minorité de mes interlocuteur-trice-s, elle est vue

⁸³ Je reviendrai plus tard sur la question des homosexuel-le-s.

comme problématique. Notamment une infirmière m'exprime sa frustration quant à sa volonté de promouvoir une implication égalitaire des jeunes hommes et jeunes femmes dans le domaine touchant la vie sexuelle et la reproduction. Pour elle, la vaccination en se focalisant sur les seules jeunes filles véhicule le message qu'elles sont seules concernées et non les jeunes hommes :

« Dans l'école, ils nous ont clairement dit que ça ne concernait pas les garçons. Etant donné que nous étions dans l'urgence, on n'a pas eu le temps de pouvoir argumenter en disant « mais finalement même si vous pensez que c'est pas [pour les garçons], nous on pense que ça concerne les garçons ». Parce que finalement on se bat pour que tout ce qui touche la sexualité, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, ça ne concerne pas seulement les filles. Finalement, on aurait pu utiliser ça [la vaccination anti-HPV] en disant "c'est vrai que c'est un vaccin que pour les filles mais pourquoi ça l'est ? Donc de pouvoir expliquer aux garçons qu'on aurait bien voulu qu'il y ait un vaccin pour eux, mais que ce n'était pas possible, qu'ils sont porteurs aussi, qu'ils sont concernés par ça, mais l'école a clairement dit non et nous on avait tellement à organiser [...] » (UT, 28.05.09)

Par cette prise en compte de fragilités biologiques, la vaccination HPV participe à la constitution de la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes comme souci politique. Celui-ci semble être considéré médicalement et d'un point de vue de santé publique comme suffisamment important pour légitimer la mise en place de la vaccination, et ce d'autant plus que la vulnérabilité des femmes face à certains problèmes de santé n'a historiquement pas toujours été prise en compte (Vuille et al., 2006 ; Löwy, 2006 : 142). Cependant, la manifestation de ce souci politique contribue à sur-visibiliser les jeunes filles comme fragiles biologiquement et ayant besoin d'une intervention médicale, tout en invisibilisant les jeunes hommes. Ce faisant elle contribue à une définition des identités de genre où les jeunes fille sont pensées en lien avec leur corps et sa capacité reproductive, alors que celui des jeunes hommes est laissé dans l'ombre.

4.3. LA FRONTIERE DES SEXUALITES : DE L'HETEROSEXUALITE COMME NORME

Comment le choix de ne vacciner que les filles est argumenté en regard des notions d'immunité de groupe et comment s'articule-t-il autour des notion de bien individuel et de bien collectif ? Un argument avancé est qu'en vaccinant les jeunes filles, les virus cesseront

de circuler et les jeunes hommes seront protégés, tout ceci pour un coût identique, arguments économiques et épidémiologiques se combinant :

« Alors, on a eu beaucoup de discussions autour de la vaccination des garçons. Pendant la première moitié de l'année, on leur disait : “désolés on ne sait pas si ça marchera chez vous” et puis ensuite, on a appris qu'en fait ça marchait très bien chez les garçons et donc on a changé le discours en disant “on sait que ça marche chez les garçons, mais on a toutes les raisons de penser que c'est pas la peine de vous vacciner parce que si votre copine est protégée, elle pourra pas vous infecter, et donc on vaccine toutes les filles pour qu'elles infectent plus les garçons”. Ce qu'on appelle l'immunité de groupe fonctionne vraiment très clairement dans ces tranches d'âge et tous les modèles montrent que, si on revient au coût-bénéfice, on peut protéger les garçons de façon indirecte, en termes de population. Bien sûr, il y aura toujours quelques pourcentages de garçons infectés, mais quand on aura un programme qui vaccine 70 à 80 % des jeunes filles depuis quelques années, et bien les garçons seront plus infectés par ces virus qui sont couverts par la vaccination, ils en bénéficieront aussi » (KL, 08.05.09).

Vacciner les filles avec l'idée qu'elle protégeront les garçons, ne fonctionne que sur le présupposé d'une société hétérosexuelle. En effet, vacciner une moitié de la population dans le but de faire cesser la circulation d'un virus, ne fonctionne que s'il existe un rapport exclusif de transmission entre ces deux moitiés, ce qui dans le cas d'une transmission sexuelle ne se réalise que dans le cadre de l'hétérosexualité, impliquant une moitié de la population identifiée comme « homme » et l'autre comme « femme ». Ce principe basé sur la différence sexuelle, sous-jacent à l'organisation de la vaccination anti-HPV, exclut une partie de la population, minoritaire certes, celle des homosexuels mâles, l'homosexualité féminine n'étant jamais évoquée.

4.3.1. De celles et ceux qui en sont exclu-e-s...

L'idée de vacciner les filles, en se disant qu'elles protégeront les garçons, sous-entend que ces derniers sont hétérosexuels, les garçons homosexuels étant implicitement laissés de côté. Dans le discours de plusieurs de mes interlocuteur-trice-s, les homosexuels mâles sont présentés comme la seule population masculine pour laquelle la vaccination pourrait avoir un bénéfice. En effet, les homosexuels souffriraient plus que les hétérosexuel-le-s, des conséquences néfastes des infections HPV sur leur santé, notamment, les condylomes

acuminés et les cancers de l'anūs seraient beaucoup plus fréquents parmi eux comme me l'explique ce médecin :

« La transmission [de HPV] peut se faire évidemment d'homme à homme. La thématique du condylome acuminé est une vrai thématique dans les milieux homosexuels c'est clair, c'est très fréquent. C'est vrai que si on voulait pousser à l'extrême on pourrait dire que, mais ça je l'ai lu nulle part, mais si on devait se déterminer par rapport à la vaccination chez les garçons, j'aurais tendance à dire que c'est probablement plus efficace de le faire chez les homosexuels, parce qu'il y a plus de condylomes chez les homosexuels que chez les hétérosexuels, au niveau de l'anūs et du pénis... » (DH, 29.04.09).

La population homosexuelle mâle se rapproche ainsi plus des filles-victimes visées par la vaccination, en raison des conséquences d'une infection HPV sur leur corps. Ce rapprochement se lit de manière frappante également dans l'explication de la différence de protection face aux HPV évoquée en point 4.2.2. En effet, en qualifiant la muqueuse sèche du pénis comme propre aux hommes, la muqueuse humide de l'anūs est rangée dans le même registre que celle du vagin, propre aux femmes. Les homosexuels, pratiquant *a priori* plus de rapports anaux et par conséquent étant susceptibles de développer des micro-traumatismes favorables à l'installation du virus, comme il a été expliqué plus haut pour les femmes, sont laissés de côté et exclus de la définition des garçons comme forts immunitairement.

Un argument avancé pour ne pas viser spécifiquement une catégorie de personnes homosexuelles par la vaccination est qu'avant l'entrée dans la sexualité, c'est-à-dire au moment où il faut faire le vaccin pour avoir une plus grande efficacité, aucun-e adolescent-e ne sait s'il est homosexuel-le. L'homosexualité est ainsi pensée comme se découvrant et s'affirmant durant l'adolescence, ne permettant pas d'être ciblée par la vaccination anti-HPV:

« A 12 ans ou 14 ans personne ne sait qu'il va être homosexuel...c'est juste ça la réponse et la firme essaie de se faire un petit créneau de marketing. Or, vous savez ça mieux que moi, mais si vous regardez les études de partenaires sexuels chez les homosexuels, c'est une sexualité multiple et pas du tout une sexualité mono-conjugale pendant des années, ce qui fait que en quelques mois après le début de la vie homosexuelle, ils ont déjà été exposé à tout, et donc la seule façon d'avoir un impact sur les hommes avec des comportement homosexuels serait de les vacciner avant qu'ils aient un comportement sexuel tout court, donc à 12 ans. Mais vous touchez là à quelque chose

qui est de l'ordre de la santé publique et pas de la santé individuelle[...] » (KL, 08.05.09)

Cet extrait nous montre que la catégorie de population homosexuelle mâle est constituée soit comme un créneau marketing pour les firmes, déjà soupçonnées de vouloir retirer de gros bénéfices de cette vaccination, soit comme trop marginale pour être incluse dans le bien collectif que cherche à protéger la santé publique.

4.3.2. De celles et ceux qui en sont inclu-e-s

Comment est pensé le rapport sexuel permettant la transmission de HPV ? Nous avons vu qu'il s'inscrit dans le cadre de la norme de l'hétérosexualité impliquant un homme et une femme. Plus précisément, les HPV peuvent être transmis par contact direct de peau à peau ou de muqueuse à muqueuse (Siegrist, 2007). Par conséquent, les préservatifs utilisés dans la prévention des infections sexuellement transmissibles sont considérés comme peu efficaces dans le cas du HPV (OFSP, 2008a :1). On peut alors imaginer que les modalités du rapport permettant la transmission de virus soient assez larges, comprenant des rapports sans pénétration vaginale et/ou oraux et anaux. Or, les cancers anaux et oraux pouvant être provoqués par des HPV ne sont jamais évoqués dans les discours publics en lien avec la mise en place de la campagne de vaccination anti-HPV qui se focalisent sur le cancer du col de l'utérus. De plus, l'explication donnée autour des micro-traumatismes provoqués par les rapports sexuels laisse à penser que la définition principale et normative du rapport sexuel dans lequel s'inscrit la transmission de HPV est un rapport hétérosexuel vaginal.

On assiste ainsi à la sexualisation genrée d'une pathologie, qui apparaîtra différemment selon la version choisie. Celle, dominante, mise en avant, fait des infections HPV un cancer du col utérin – et non anal, oral ou du pénis – et contribue à inscrire la figure de l'adolescente visée par la vaccination dans une norme hétérosexuelle, comprenant des rapports sexuels vaginaux, une différence fondée biologiquement entre garçons et filles et le fait que ces dernières sont pensées comme des mères en devenir. Ce faisant, elle contribue à consolider les normes de genre.

On constate, en Suisse, une absence de débat public sur la sexualité en lien avec la vaccination HPV, contrairement à ce qui s'est passé aux USA par exemple (Casper et Carpenter, 2008 ; Gilman et al., 2009). Ceci relève à la fois d'une volonté de ne pas présenter

cette vaccination comme étant liée à des questions de sexualité, volonté explicite qui s'est traduite par l'indication selon laquelle aucune anamnèse sexuelle ne devait être faite et par l'accent mis sur le cancer dans la présentation du vaccin, et à la fois d'une absence de débat public sur la sexualité en général. En effet, en Suisse, il n'y a pas de mouvement moral conservateur qui met ce sujet sur le devant de la scène, contrairement à ce qui se passe aux USA, et la sexualité n'est pas construite comme objet de débat public, mais plutôt comme relevant de la sphère privée et individuelle. Si la vaccination anti-HPV inscrit la sexualité adolescente dans le registre de l'hétérosexualité normative, elle contribue également à la présenter comme faisant partie du développement « normal » des adolescent-e-s, relevant d'une sphère individuelle à respecter et ne nécessitant pas une visibilisation publique importante.

Dans cette partie, j'ai montré que la catégorie de personnes vaccinables construite au travers de la vaccination HPV participe à faire du vaccin un « bon outil ». En mettant en avant, des filles jeunes, rationnelles, en bonne santé, mais qui pour des raisons indépendantes de leur volonté – le passé sexuel de leur partenaire et la fragilité immunitaire de leur appareil génital – risquent de souffrir des conséquences d'une infection HPV, mais également des effets iatrogènes du dépistage et ce notamment dans leurs projets de maternités, le vaccin apparaît comme un outil protecteur marquant une reconnaissance de ces vulnérabilités. Il participe ainsi de la constitution de la santé sexuelle et reproductive des femmes en souci politique, souci qui vient légitimer de manière importante la mise en place de la vaccination, bénéfice sanitaire des jeunes filles et bénéfices financiers des firmes pharmaceutiques se confondant.

Le vaccin vient également renforcer une définition normative des jeunes filles pensées en lien avec leur corps et comme des mères en devenir. Les discours qui l'entourent tendent à définir les jeunes filles en lien avec un rôle de future mère et comme seules responsables de ce qui touche leur corps, leur sexualité et leur maternité, en lien avec le partage des tâches auxquelles les femmes sont encore en grande partie contraintes aujourd'hui. Il participe ainsi à l'affirmation d'une différence biologique naturelle entre jeunes hommes et jeunes filles, différence qui peut être considérée positivement ou négativement selon que l'on considère qu'elle est problématique ou non. On peut imaginer que la vaccination des jeunes hommes en général ou celle des homosexuels en particulier aurait été moins consensuelle et aurait fait du vaccin un bien moins bon outil du point de vue de l'économie de la santé publique, mais

également en regard des normes sociales de genre. Par contre, on peut faire l'hypothèse que l'inclusion d'une population masculine dans le cadre de la vaccination aurait fait du vaccin un meilleur outil pour les firmes qui le vendent, car permettant de plus grands bénéfices financiers. En se basant sur le principe d'une société hétérosexuelle, la vaccination contribue à consolider une définition normative des jeunes femmes dans un alignement parfait entre sexe, genre et sexualité (Butler, 2006), ce qui d'un point de vue féministe est problématique car contribuant à la reproduction des rapports ingégalitaires de genre. Cependant, c'est par la mise en avant des jeunes filles comprises comme s'inscrivant dans une norme hétérosexuelle, que le vaccin est susceptible de leur apporter un bénéfice sanitaire. Entre invisibilisation et survisibilisation, le rapport de la santé publique aux jeunes femmes semble constituer un nœud pour une pensée féministe partagée entre efficacité pragmatique et déconstruction théorique de la binarité.

5. POUR CONCLURE...

5.1. LE VACCIN ANTI-HPV, LE BON OUTIL POUR QUELLE TACHE ?

Au départ de ce travail, j'ai identifié un outil – un vaccin – et une tâche – prévenir le cancer du col de l'utérus – ma question portant sur les moyens pratiques et discursifs permettant de les rendre adéquats l'un à l'autre. L'analyse des trois pôles – une maladie, une campagne, une population – s'articulant autour du vaccin m'a permis de mettre en évidence les éléments participant à la construction du vaccin comme un « bon outil pour la tâche ».

Dans la première partie, portant sur la manière dont est construite l'entité « cancer du col de l'utérus » au temps de la vaccination, j'ai montré comment cette pathologie est rendue saillante comme problème de santé publique majeur et risque menaçant fortement la santé des femmes, notamment en procédant à l'effacement du « reste du monde » dans des énoncés par l'usage local de données épidémiologiques mondiales ; en mettant l'accent sur le registre de représentations qu'évoque le mot cancer, contribuant par-là à invisibiliser sa dimension de transmission sexuelle; et en procédant à l'effacement de la complexité du lien entre cancer du col utérin et HPV. Ceci a pour résultat que ces deux états tendent à être pris comme identiques ne prenant en compte ni le décalage temporel qui les sépare, ni les autres facteurs susceptibles d'influencer le cours d'une infection à HPV, relevant en cela d'une acception négative du terme de risque, comme actualisation certaine de la maladie.

Ainsi, alors que le cancer du col utérin n'apparaissait pas comme une menace pour le bien collectif et faisait déjà l'objet de mesures de dépistage, la matérialisation d'une possibilité de prévention primaire – le vaccin – vient apporter un éclairage nouveau sur la pathologie sur le mode d'une urgence sanitaire. On assiste ainsi à une co-production de la peur et du remède permettant d'y répondre, la qualité du remède étant mesurée à l'aune de la gravité et du fardeau de la maladie qu'il permet de prévenir. Pour le dire autrement, c'est en construisant la tâche du vaccin comme celle de prévenir un cancer, considéré comme un risque très présent et menaçant que l'on fait du vaccin un « bon outil ». L'anxiété produite est utilisée de manière sanitaire par la santé publique pour promouvoir la vaccination et de manière économique par les firmes productrices du vaccin qui cherchent à vendre leur produit. Elle entre en conflit avec la volonté médicale de promouvoir la responsabilité et la liberté de choix des individus. Nous avons pu voir également dans cette partie que le vaccin vient s'inscrire dans les failles du dépistage cytologique, notamment en regard de la question d'une médecine à deux

vitesses, ce qui permet de le présenter comme un « meilleur » outil pour la tâche que les fameux Pap tests. Finalement, nous avons vu que si cette visibilisation soudaine du cancer du col sur un mode d'urgence sanitaire est productrice d'anxiété, elle permet également de manifester une reconnaissance du vécu difficile des nombreuses femmes en lien avec les contraintes et effets iatrogènes du dépistage et des traitements.

Dans la deuxième partie, je me suis penchée sur les éléments pratiques permettant de rendre le vaccin gratuit et accessible pour la population visée, impératif de santé publique permettant de faire du vaccin « un bon outil pour la tâche », en prenant les enjeux économiques soulevés comme fil rouge. Dans cette partie, j'ai montré comment il s'agit dans une première étape de légitimer la vaccination en montrant scientifiquement par des analyses coûts-bénéfices qu'elle est rentable pour les organes de santé publique ; puis, dans un deuxième temps, comment il s'agit pour les représentants des Cantons, la firme productrice du vaccin et les assurances de négocier le prix du vaccin, l'achat en gros et la vaccination à grande échelle dans le cadre de programme cantonaux étant les deux moyens utilisés pour faire baisser ce prix ; puis dans une troisième et dernière étape de mettre en place les programmes cantonaux, impliquant un transfert de charge financier et administratif sur les Cantons, ainsi que l'élargissement du champ des professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s dans la prévention du cancer du col de l'utérus, non plus aux seuls gynécologues mais aussi aux infirmières scolaires, pédiatres et généralistes.

Les éléments analysés dans cette partie, m'ont permis de montrer la tension entre d'une part une économie morale (Fassin, 2009 : 1257) de la santé publique orientée vers le bien collectif qu'elle a le devoir de protéger par les moyens à sa disposition, l'obligation de palier aux inégalités socio-économiques et l'intégration des dimensions psycho-sociales à ses actions de prévention et d'autre part, une économie financière basée sur une logique économique visant à maximiser des bénéfices et dans ce cas servant les intérêts des firmes pharmaceutiques. La mise à mal de la frontière entre ces deux régimes de valeurs est révélatrice d'une médecine entrepreneuriale, à laquelle les médecins participent tout en cherchant à s'en distancier. Les valeurs mises en jeu dans les discours analysés sont utilisées stratégiquement et de manière diverse pour défendre certaines positions professionnelles. Le bien des jeunes filles, mesuré à l'aune de l'ampleur du mal que le vaccin vient prévenir et voulu sans distinction socio-économique est institué en valeur supérieure à laquelle devraient être soumis les intérêts financiers de tous bords, ainsi que certains doutes quant à l'efficacité à

long terme de la vaccination. Ce faisant il est utilisé comme argument éthique légitimant la mise en place d'une vaccination favorable aux intérêts financiers des firmes productrices du vaccin, mais répond également au devoir de santé publique de protéger le bien collectif, satisfaisant ainsi les intérêts moraux et financiers des uns et des autres. Cependant, le bien des jeunes filles passe au second plan quand les intérêts financiers et identitaires des praticien-ne-s sont en jeu, au bénéfice de la défense d'une médecine de premier recours proche des patientes et intégrant une dimension psycho-sociale à ses activités de prévention et promotion de la santé et d'une critique du primat de l'économie financière sur les décisions de santé publique, manifestant par-là une circulation des valeurs servant tour à tour stratégiquement les intérêts des un-e-s et des autres.

Dans la troisième et dernière partie, j'ai centré mon analyse sur la catégorie de population construite comme cible de cette vaccination. En effet, bien que présenté comme un problème de santé publique majeur, le cancer du col de l'utérus n'affecte pas le « bien collectif » de la même manière qu'une épidémie, et la vaccination vise une catégorie de personnes bien particulière que sont les adolescentes de 11 à 19 ans. L'établissement de frontières d'âge, de sexe et de sexualité dessine les contours de cette catégorie. Les filles visées par la vaccination sont définies dans les discours des professionnel-le-s comme jeunes, rationnelles, en bonne santé et risquant indépendamment de leur volonté de souffrir des conséquences d'une infection HPV et des effets iatrogènes du dépistage. Elles sont présentées comme victimes à leur insu, et par conséquent innocentes, à la fois de la fragilité biologique de leurs organes reproducteurs et à la fois de la « qualité du partenaire » c'est-à-dire du comportement sexuel avec de multiples partenaires de ce dernier. La mise en avant de ces caractéristiques permet de faire du vaccin un bon outil car venant protéger ce groupe à risque. Il marque ainsi une reconnaissance de ces vulnérabilités et les constitue en souci politique légitime, légitimant la vaccination et permettant de mobiliser des fonds financiers substantiels pour la promotion de la vaccination.

Cependant, les caractéristiques de cette catégorie mises en avant viennent également renforcer une définition hétéro-normative des jeunes filles dans une perspective naturalisante du lien entre sexe, genre et sexualité. En effet, les jeunes filles tendent à être pensées comme des mères en devenir, considérées implicitement comme seules responsables de ce qui concerne leur sexualité et leur procréation, laissant ainsi dans l'ombre l'autre pôle de la transmission des HPV, les jeunes hommes. L'affirmation du lien entre des jeunes filles et

leurs maternités futures permet de faire du vaccin un moyen de les soutenir dans leurs projets procréatifs, mais les définit par là-même dans un lien normalisant à la capacité reproductive de leur corps. Par ailleurs, cette vaccination ne fonctionne que sur le principe de l'hétérosexualité normative, faisant que le bien collectif passe par la moitié féminine de la population, légitimation biologique et financière se combinant pour venir affirmer une différence sexuelle naturelle entre filles et garçons.

Dans une perspective féministe, l'affirmation de cette différence et l'utilisation du bien des jeunes filles comme argument éthique pour défendre la mise en place rapide d'une vaccination, faisant le jeu des intérêts financiers des firmes, sont problématiques. En effet, la survisibilisation des jeunes filles dans le cadre de cette vaccination participe à la fois de la constitution de leur santé comme un souci politique légitime, ce qui a fait partie des luttes féministes des années 70, et à la fois d'un renforcement des catégories de genre participant à leur naturalisation, problématisé par les féministes des années 90 dans un souci de déconstruction de ces catégories.

Si j'ai montré comment le vaccin devient un bon outil, je me suis peu attardée sur la tâche. Quelle est-elle finalement ? Différentes lectures peuvent en être faites. La première tâche que j'ai identifiée est celle de prévenir le cancer du col de l'utérus. Mais est-ce bien la seule ? Après avoir étudié les discours sur le cancer du col de l'utérus au temps de la vaccination, il me semble que plusieurs autres tâches entrent en ligne de compte. Tout d'abord, on peut se demander si la tâche du vaccin n'est pas de prévenir des infections à papillomavirus humains, ce qui n'est pas totalement identique à prévenir le cancer du col. En effet, plutôt que de prévenir directement la maladie elle-même, le vaccin vient prévenir le risque de développer une maladie. Le raccourci entre les deux fonctionne sur l'effacement de la distinction entre risque statistique et actualisation du développement d'une maladie, ainsi que sur l'effacement de la complexité de l'histoire naturelle permettant de faire le lien entre HPV et cancer du col.

On peut se demander également si la tâche du vaccin n'est pas de prévenir les nombreux coûts et effets itatrogènes liés au système de dépistage. En effet, la plupart de mes interlocuteurs et interlocutrices m'ont d'emblée dit que le but du vaccin n'était pas de réduire la mortalité du cancer du col, sur laquelle le vaccin aura une moindre influence, mais bien de diminuer les nombreux coûts et désagréments qu'entraîne le système de dépistage et surtout les traitements des lésions dysplasiques.

Finalement, après avoir étudié la catégorie de personnes formée comme cible de la vaccination, on peut aussi se demander si, dans une perspective de genre, la tâche non-dite du vaccin n'est pas de consolider la différence sexuelle entre garçons et filles, en venant la loger dans la muqueuse des organes génitaux et dans la présence/absence d'utérus, et de normaliser des sexualités dans le cadre de l'hétérosexualité en faisant des jeunes filles des futures femmes enfantantes.

La diversité de ces tâches ainsi que des débats analysés au fil de ce travail qui constituent autant de raisons pour lesquelles le vaccin anti-HPV peut être considéré comme un « mauvais outil pour la tâche » incitent à s'interroger sur la manière dont est construite l'adéquation entre l'outil et la tâche dans le cadre de l'implantation de cette vaccination. En effet, le vaccin est jugé par certain-e-s professionnel-le-s interviewé-e-s comme un mauvais outil en raison de son prix très élevé, des doutes quant à son efficacité à long terme ou de la transformation des médecins de premiers recours soucieux de défendre une médecine intégrant une dimension psycho-sociale, en vaccinateur-trice-s à la chaîne. Pourtant, ces nombreux débats ne suffisent pas à déstabiliser la construction du vaccin comme « bon outil pour la tâche » et l'on peut se demander pourquoi. En conclusion de ce travail, j'ai identifié deux réponses à cette question.

D'une part, en rendant le vaccin anti-HPV gratuit et accessible au plus grand nombre (partie 3), cet outil répond à un devoir de santé publique qui est de protéger le bien collectif avec les moyens existants et d'éviter la reproduction d'inégalités socio-économiques. Cependant, ceci n'est rendu possible qu'en construisant la tâche du vaccin comme celle de sauver les jeunes filles – considérées comme les victimes innocentes de leurs fragilités biologiques et de la « qualité de leur partenaire », c'est-à-dire de son passé sexuel (partie 4) – d'une maladie – le cancer du col de l'utérus – construite comme menace très importante et un risque mortel très présent dans leur vie (partie 2). Ainsi, c'est en faisant de la tâche du vaccin une tâche correspondant à des valeurs hautement positives telles que la défense politique de la santé des jeunes filles et l'évitement d'une médecine à deux vitesses que le vaccin construit en adéquation devient un bon outil.

D'autre part, les médecins et infirmières construisent dans leurs discours et leurs pratiques des tâches correspondant à leurs intérêts locaux. Par exemple, les médecins critiques envers l'accent mis sur la dimension du cancer et cherchant à mettre l'accent sur la prévention des

maladies sexuellement transmissibles considèrent malgré tout ce vaccin comme l'opportunité d'élargir le champ de la médecine de l'adolescence construite d'une manière générale comme une population échappant aux mailles du filet sanitaire. De même, les médecins qui critiquent les intrusions dans la vie intime et sexuelle des jeunes filles que cette vaccination permet de faire y voient l'opportunité de défendre le bien des jeunes en regard de leur santé sexuelle et reproductive. Ainsi, ces professionnel-le-s qu'ils soient critiques envers tel ou tel aspect économique ou de santé publique de la vaccination, semblent pour la plupart trouver dans celle-ci l'opportunité de bien faire leur travail en accord avec leur valeurs. On assiste ainsi à une reconfiguration de la tâche selon les intérêts locaux, institutionnels et professionnels, des médecins et infirmières impliqué-e-s dans la promotion de la vaccination.

Arrivée au terme de ce travail, je vais présenter ses apports, ses limites et les pistes qu'il serait intéressant d'approfondir. Ce travail a ceci d'intéressant qu'il s'est penché sur un objet encore très peu analysé par les sciences sociales, en raison de sa nouveauté. L'implantation de la vaccination anti-HPV a été étudiée pour d'autres pays européens – notamment la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie et l'Angleterre par Löwy (non-publié) et Stockl (non-publié) – mais pas dans le cadre du système de santé suisse. De plus, il permet de porter un regard académique sur une actualité médiatique qui a mis les vaccins sur le devant de la scène en lien avec l'épidémie de rougeole et de grippe H1N1 posant de nombreuses questions sur les enjeux économiques et politiques des vaccinations. Cette vaccination interrogeait beaucoup les médecins et infirmières interviewé-e-s et la plupart m'ont demandé à pouvoir lire mon travail. J'en conclus qu'il répond à un intérêt pour un regard externe sur cette vaccination et leur pratique.

Ce travail se distingue de l'anthropologie médicale classique en portant son attention sur le monde bio-médical occidental et en intégrant des concepts et des approches développés en Etudes sociales des sciences et en Etudes genre, ce qui permet de mettre en avant la dimension politique d'un outil médical, ainsi que la complexité des choix et débats liés aux politiques de santé publique. J'espère avoir pu mettre en évidence la complexité des débats analysés, ainsi que la réflexivité des professionnel-le-s interviewé-e-s.

Au niveau méthodologique, j'ai relevé trois points sources de difficulté. Tout d'abord, j'ai surtout analysé des discours, ceux des médecins et infirmières interviewés, mais aussi des articles médicaux, des documents de santé publique et des articles de presse. Or, un des

ressorts de la méthode ethnographique est la confrontation des discours aux pratiques observées sur le terrain. De plus, j'ai peu mis en évidence les conditions de production des données. J'ai ainsi peu exploité les ressources mises à disposition par la méthode ethnographique, ce qui correspond au choix de mon sujet et à ma question de départ, mais aurait probablement pu être approfondi avec profit pour rendre mon analyse plus pertinente.

Une autre difficulté rencontrée est celle de trouver un ancrage critique et de positionner le lieu d'où je parle. En effet, le sujet étudié est très débattu, et je me suis trouvée confrontée à la fois à une volonté de porter un regard critique sur un discours médical dominant et à une volonté de ne pas prendre parti dans ses débats en adoptant un positionnement neutre, les deux postures se trouvant en contradiction, ce qui rend difficile le discernement de ma voix propre. Troisième point, on peut constater dans mon travail, un statut ambigu des sources de discours notamment des entretiens, dans le sens où elles ont à la fois un statut explicatif, me permettant de comprendre des enjeux médicaux et d'avancer dans ma réflexion comme dans une sorte de dialogue et un statut d'objet d'une analyse critique.

Ce travail m'a permis d'élaborer un panorama général de la mise en place de cette vaccination. Dans le cadre d'un sujet encore très peu étudié, ce choix est pertinent et m'a permis de donner une vision globale des enjeux et débats soulevés par cette vaccination, cependant il implique une difficulté à aller plus en profondeur dans mon analyse et chaque partie de mon travail aurait pu constituer un travail en soi.

Par rapport à la première partie portant sur la visibilisation du cancer du col de l'utérus lors de l'introduction de la vaccination, la dimension historique du vaccin pourrait être approfondie avec profit. En effet, mon travail se situe dans une histoire à très court terme et l'intégrer dans une perspective historique plus longue permettrait d'apporter un éclairage différent à l'analyse. Tout d'abord, l'analyse de l'histoire scientifique et commerciale du vaccin depuis l'établissement d'une corrélation entre HPV et cancer du col utérin à sa commercialisation en passant par les tests cliniques constituerait une piste intéressante qui permettrait de mieux comprendre comme se forme une catégorie de population visée par la vaccination. Etudier comment la version scientifique du lien entre papillomavirus humain et cancer du col de l'utérus et la version populaire de ce lien – se rejoignent avec l'arrivée du vaccin sur le marché permettrait également de réfléchir au processus de sexualisation du lien entre HPV et cancer du col utérin. A plus long terme, la comparaison de la vaccination anti-

HPV avec celle de l'hépatite B constituerait une deuxième piste intéressante. La comparaison avec l'introduction du dépistage par frottis cytologique en Suisse en constituerait une troisième.

En prolongation de la deuxième partie, il serait intéressant d'inscrire cette vaccination dans l'étude de ce qu'on appelle les Big pharma. Ceci permettrait de mieux comprendre les rapports de pouvoir qui les lie aux politiques de santé publique. En rapport avec la troisième partie, portant sur la catégorie de personnes vaccinables construite au cours de cette vaccination, ce travail pourrait être approfondi en se ciblant uniquement sur la perspective de genre, notamment en l'inscrivant dans la suite des études féministes faites sur le dépistage par frottis. J'aimerais également interroger de manière plus approfondie ce paradoxe qui vise à la fois à faire reconnaître une spécificité féminine méritant une attention sanitaire et médicale, mais qui en même temps tend à inscrire cette spécificité dans une construction naturalisante des catégories de genre.

J'ai fait le choix dans ce travail de me centrer sur les discours des médecins et infirmières participant à la diffusion d'un savoir dominant sur le cancer du col. En faisant ce choix, j'espère avoir pu montrer que « la » médecine et « la » santé publique ne sont pas des ensembles homogènes et uniformes, mais au contraire sont parcourus de débats et de questionnements, et avoir pu rendre compte de la complexité et de la réflexivité des propos des médecins, ainsi que de la difficulté de leurs tâches. Cependant en effectuant ce choix, j'ai pris le parti de ne pas présenter le point de vue du groupe de médecins opposés à la vaccination. S'intéresser au mouvement anti-vaccination et essayer de comprendre comment leur critique des vaccins s'inscrit dans une médecine centrée sur l'individu pris dans son environnement au sens large, me paraît être une piste intéressante à poursuivre. Les opposant-e-s sont présenté-e-s de manière souvent caricaturale, comme des personnes irrationnelles et égoïstes. Approfondir la connaissance de leurs idées et leurs pratiques permettrait d'apporter une vision plus riche et nuancée de ce groupe.

Je considère ce choix comme pertinent en regard de mon questionnement de recherche axé sur la construction du vaccin comme « bon outil pour la tâche » par les promoteurs de la vaccination, outil qui s'impose aux jeunes filles. En effet, il m'a permis de porter un regard critique sur le discours dominant véhiculé par les médecins et infirmières rencontré-e-s, mais afin de ne pas donner l'impression que les jeunes filles sont les seuls réceptacles passifs de la

vaccination, il serait intéressant d'analyser leur point de vue et la manière dont elles viennent redéfinir en retour la catégorie dans laquelle elles s'inscrivent. Ceci permettrait de leur donner un rôle actif dans la production du savoir sur le vaccin anti-HPV et permettrait également d'interroger la notion de consentement éclairé mise en avant par les professionnel-le-s impliqués. En effet, on peut s'interroger sur la pertinence de cette notion dans un cadre où les jeunes filles sont confrontées à la diffusion d'un savoir médical dominant leur indiquant ce qui est bien pour elles en toute légitimité.

Finalement, approfondir l'analyse autour du concept de risque en réfléchissant aux modalités particulières selon lesquelles il se décline dans les vaccinations en général serait intéressant à explorer. En effet, dans les débats entourant la vaccination le risque semble recouvrir différentes significations, allant du risque de développer des effets secondaires liés au vaccin, au risque de développer ou de propager la maladie si l'on n'est pas vacciné, mettant en jeu une forme de responsabilité morale, en passant par le risque que les autorités sanitaires recommandent un produit peu efficace, ou le risque de stigmatiser certains groupes de personnes par une vaccination. Tous ces risques soulèvent des enjeux différents et sont liés à divers points de vue. Faire une cartographie des différents discours sur le risque pourrait constituer une porte d'entrée intéressante à l'étude des vaccinations en général.

6. BIBLIOGRAPHIE

AFP

2009. « Cancer du col : lien “improbable” entre la mort d’une adolescente britannique et un vaccin ». *24 Heures*, 30.09.09

2009. « Prudence justifiée face à la grippe H1N1, trop tôt pour crier victoire ». *24 Heures*, 29.12.09

AGENCES

2009. « Vers une vaccination obligatoire contre la rougeole ». *Le Temps*, 12.02.09

AP

2008. « Les programmes de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), responsables du cancer du col de l’utérus, débutent dans les cantons. ». *24 Heures*, 15.09.08

APPADURAI Arjun

1986. – *The social life of things : commodities in cultural perspective*. Cambridge, London [etc.] : Cambridge University Press, 329 p.

ARBEITSGRUPPE « Guideline Zervixabstrich »

2004. « Guideline zum Vorgehen bei suspektem und positivem zytologischem Abstrich der Cervix uteri ». *Bulletin des médecins suisses* vol.85, n°43, pp. 2305-2321

ARMSTRONG David

1995. « The rise of surveillance medicine ». *Sociology of Health & Illness*, vol.17, n°3, pp.393-404

ARMSTRONG Natalie

2005. « Resistance through risk : Women and cervical cancer screening ». *Health, Risk & Society* vol.7, n°2, pp.161-176

ARMSTRONG Natalie, MURPHY Elizabeth

2008. « Weaving meaning ? An exploration of the interplay between lay and professional understandings of cervical cancer risk ». *Social Science & Medicine* 67, pp.1074-1082

ARONOWITZ Robert A.

1999 (1998). « La construction sociale des facteurs de risque des maladies coronariennes » in : Robert ARONOWITZ, *Les maladies ont-elles un sens ? (Making sense of Illness. Science, Society and Disease)*, pp.223-289. Traduit de l’anglais (Etats-Unis) par Françoise Bouillot. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo. 379 p. (Collection : Les empêcheurs de penser en rond)

ARSEVER Sylvie

2007. « Pascal Couchepin décide de rembourser le vaccin contre le cancer du col de l’utérus ». *Le Temps*, 22.11.07

2008. « Vaccin anti-cancer : une négociation contre la montre touche à sa fin ». *Le Temps*, 01.03.08

2008. « Les cantons se préparent à passer à l'action ». *Le Temps*, 01.03.08

2009. « Médecins, les raisons de la colère ». *Le Temps*, 11.03.09

ATS

2008. « Un dépistage bientôt remboursé ». *Le Temps* 20.03.08.

2008. « Vaccins généralisés contre les papillomavirus ». *24 Heures* 16.09.08

2008. « Soutien au vaccin contre le cancer du col de l'utérus ». *Le Temps*, 16.09.08

2009. « Le vaccin contre la rougeole pourrait devenir obligatoire en Suisse ». *Le Temps*, 16.02.09

2009. « Grippe A : la Suisse va offrir ou revendre 4,5 millions de vaccins ». *24 Heures*, 17.12.09

AUER Reto, RODONDI Nicolas, WASSERFALLEN Jean-Blaise, AUJESKI Drahomir, CORNUZ Jacques

2009. « Etudes coût-efficacité : ce que devraient retenir les médecins ». *Revue Médicale Suisse* n°227, 25.11.09

BEAUD Stéphane, Weber Florence

2003 (1997). *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte. 356 p.

BECKER Howard S.

1967. « Whose side are we on ? ». *Social problems* vol.14, n°3, pp.239-24

2002 (1998). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Traduction de l'anglais par Jacques Mailhos révisée par Henri Peretz. Paris : La Découverte. 352 p.

BERG Anne-Jorunn, LIE Merete

1995. « Feminism and constructivism : do artifacts have gender ? ». *Science, Technology, & Human Values*, vol.20, n°3, pp.332-351

[Special Issue : Feministe constructivist perspectives on new technology]

BLOMBERG Karin, FORSS Anette, TERNESTEDT Britt-Marie, TISHELMAN Carol

2009. « From "silent" to "heard" : Professional mediation, manipulation and women's experiences of their body after an abnormal Pap smear ». *Social Science & Medicine* 68, pp.479-486

BOSCH F.X. et al.

2002. « The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer ». *Journal of Clinical Pathology* 55, pp.244-265

2008. « HPV and cervical cancer : screening or vaccination ? ». *British Journal of Cancer* 98, pp.15-21

BOSCHETTI Pietro, GOBET Pierre, HUNKELER Josef, MUHEIM Georges
2006. *Le prix des médicaments : l'industrie pharmaceutique suisse*. Lausanne : Editions d'en bas. 175p.

BRAUN Lundy, PHOUN Ling
2008. « HPV Vaccines : Masking uncertainty and complexity ». Paper for conference : *Vaccine for girls ? The science, ethics and cultural politics of HPV prevention*. Rutgers University, New Jersey, 26th of September 2008.
Non-publié.

BRITTEN Nicky
1988. « Personal View ». *British Medical Journal* vol.296, 23 april, p.1191

BRUNSCHWIG Francine
2008. « Le vaccin contre le cancer du col suscite le débat ». *24 Heures*, 2.04.08

2008. « Dès la rentrée, les jeunes filles pourront se faire vacciner ». *24 Heures*, 05.06.08.

BRYDER Linda
2008. « Debates about cervical screening : an historical overview ». *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, pp.284-287

BUECHLER Pasacal, ECKLIN Jean-Paul
2008. « Cancer du col de l'utérus : vacciner ou non ? ». *Le Courrier*, 27.05.08

BURCHELL Ann N., WINER Rachel L., et al.
2006. « Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection ». *Vaccine* 24S3, S3/52-S3/61

BUREAU D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION DE L'ETAT DE VAUD
4 juin 2008. « Communiqué du Conseil d'Etat : Introduction du programme de vaccination contre le cancer du col de l'utérus (vaccin HPV) dans le canton de Vaud ».

BUSH Judith
2000. « "It's just part of being a woman" : cervical screening, the body and femininity ». *Social Science & Medicine* 50, pp.429-444

BUTLER Judith
2006 (1990). *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité*. Préface de Eric Fassin. Traduit de l'anglais (Etats-Unis) par Cynthia Kraus. Paris : La découverte/Poche. 283 p.

CAFLISCH Marianne, DURAN Montserrat
2008. « Aborder la sexualité à l'adolescence : réflexion autour de l'introduction du vaccin contre les virus HPV ». *Paediatrica* vol.19, n°2

CASPER Monica J., KOENIG Barbara A.
1996. « Reconfiguring nature and culture : intersections of Medical Anthropology and Technoscience Studies ». *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol.10, n°4, pp.523-536

[Special Issue : Critical and biocultural approaches in medical anthropology : A dialogue]

CASPER Monica J., CLARKE Adele E.

1998. « Making the pap smear into the “right tool” for the job : cervical cancer screening in the USA, circa 1940-95 ». *Social Studies of Science* vol.28, n°2, pp.255-290

CASPER Monica J., CARPENTER Laura M.

2008. « Sex, drugs, and politics : the HPV vaccine for cervical cancer ». *Sociology of Health & Illness* vol.30, n°6, pp.886-899

COMMISSION FEDERALE POUR LES VACCINATIONS, GROUPE DE TRAVAIL
VACCINATION HPV, OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE

2007a. « Recommandations pour la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) : L'essentiel en bref ». *Bulletin OFSP* 25, 18.06.07, pp.452-454

2007b. « Directives et recommandations n°21 : Recommandations de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) ». Version Juillet 2007.

[Site Internet : <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/02114/index.html?lang=fr> Consulté le 15.06.09]

CFV/EKIF

2008. « Plan de vaccination 2008 : Vaccinations recommandées de base et complémentaires »
[Consultable sur le site Internet de la CFV]

CHATELAIN Camille

2008. « Col de l'utérus : Fribourg vaccine. Le Canton lance à son tour un programme contre le cancer du col de l'utérus. Le vaccin sera commercialisé par Sanofi Pasteur. » *Le Temps* n°3221, 15.07.08.

CLARKE Adele E., CASPER Monica J.

1996. « From simple technology to complex arena : Classification of pap smears, 1917-90 ». *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, vol.10, n°4, pp.601-623

[Special Issue : Critical and Biocultural Approaches in Medical Anthropology : A Dialogue]

CLARKE Adele, FUJIMURA Joan

1996 (1992). « Quels outils ? Quelles tâches ? Quelle adéquation ? » in : Adele CLARKE et Joan FUJIMURA (dir.), *La matérialité des sciences : Savoir-faire et instruments dans les sciences de la vie*, pp.17-68. Traduit de l'anglais par Françoise Bouillot avec la collaboration d'Emilie Hermant. Le Plessis-Robinsons : Synthélabo, 450p. (Collection « Les empêcheurs de penser en rond »)

CLARKE Juanne N., EVEREST Michelle M.

2006. « Cancer in the mass print media : Fear, uncertainty and the medical model », *Social Science & Medicine* 62, pp.2591-2600

COELLO Marta

2009. « Cancer du col de l'utérus : le vaccin à nouveau remis en question ». *Le Courrier*, 28.03.09

COHEN John

2005. « High hopes and dilemmas for a cervical cancer vaccine ». *Science* vol.308, pp.618-621

COLGROVE James

2006a. *State of Immunity : the politics of vaccination in twentieth-century America*. Berkeley : Univ. of California press ; New York : The Milbank Memorial Fund. 332 p.

2006b. « The ethics and politics of compulsory HPV vaccination ». *The New England Journal of Medicine* 355, pp.2389-2391

CONFERENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTE (CDS)

2008. « Communiqué de presse du 11 avril 2008 : Vaccination contre le cancer du col de l'utérus – CDS approuve réglementation tarifaire ».

[En ligne www.gdk-cds.ch Consulté le 09.09.09]

CDS, SANTESUISSE

2008. « Communiqué de presse du 19 mars 2008 : Vaccination contre le cancer du col de l'utérus – réglementation tarifaire en vue ».

[En ligne www.gdk-cds.ch Consulté le 09.09.09]

CONRAD Peter

2005. « The shifting engines of medicalization ». *Journal of Health and Social Behavior* vol.46, n°1, pp.3-14

CORTOLEZZIS Caroline, MUNHEIM David

1997. *Education sexuelle en milieu scolaire vaudois (1965-1980)*. Lausanne : Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique.

COURA José Rodrigues

2004. « Epidémiologie » in : Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp.425-429. Paris : PUF. 1270 p.

DACHEZ Roger

2008. *Le cancer du col de l'utérus*. Paris : PUF. 126p. (Coll. Que sais-je ?)

DAFFLON NOVELLE Anne (dir.)

2006. *Filles-garçons : Socialisation différenciée ?*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble. 399 p. (Coll. « Vies sociales »)

DASTON Lorraine

2000. « The coming into being of scientific objects » in : Lorraine DASTON (ed.), *Biographies of scientific objects*, pp.1-14. Chicago, London : The University of Chicago Press. 295 p.

DEPARTEMENT FEDERAL DE L'INTERIEUR

2007. « Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie – Modification du 21 novembre 2007 ».

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/04308/index.html?lang=fr> Consulté le 12.09.09]

DESROSIERES Alain

1993. *La politique des grands nombres : histoire de la raison statistique*. Paris : La Découverte. 437 p.

DIANA Alessandro

2008. « Papillomavirus humains ». *Paediatrica* vol.19, n°4

DORLIN Elsa

2008. *Sexe, genre et sexualités*. Paris : PUF. 153 p.

DUBUISSON Jean-Bernard, DELALOYE Jean-François

2006. « Editio : Prévention et dépistage toujours prioritaires et à l'ordre du jour en gynécologie-obstétrique... ». *Revue Médicale Suisse* n°84, 25.10.2006

ECKLIN Jean-Paul

2008. « Faut-il vraiment vacciner ? ». *Le Temps*, 13.08.08.

FAURE Olivier

2004. « Vaccination » in : Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp.1185-1189. Paris : PUF. 1270 p.

FASSIN Didier

1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : PUF. 324p.

2004. « Santé publique » in : Dominique LECOURT (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp.1014-1018. Paris : PUF. 1270 p.

2009. « Les économies morales revisitées ». *Annales HSS* n°6, pp.1237-1266

FASSIN Didier, DOZON Jean-Pierre

2001. « Entre culture et politique : l'espace problématique d'une anthropologie de la santé » in : Didier FASSIN et Jean-Pierre DOZON (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, pp.343-353. Paris : Balland. 361 p.

FASSIN Didier, MEMMI Dominique (dir.)

2004. *Le gouvernement des corps*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. 266 p.

FASSIN Eric

2006. « Trouble-genre » in : Judith Butler, *Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité*, pp.5-19. Paris : La Découverte. 283 p.

FAVRET-SAADA Jeanne

1977. *Les mots, la morts, les sorts*. Paris : Gallimard. 427 p.

FAVROD-COUNE Charles

2009. « Ne touchez pas aux laboratoires ! ». *Le Temps*, 24.03.09

FENNER Frank

1996. « L'éradication de la variole : de la prophétie de Jenner » in : Anne-Marie MOULIN (dir.), *L'aventure de la vaccination*, pp.115-121. Paris : Fayard. 498p.

FORSS Anette, TISHELMAN Carol, WIDMARK Catarina and SACHS Lisbeth

2004. – « Women's experiences of cervical cellular changes : an unintentional transition from health to liminality ? ». *Sociology of Health & Illness*, vol.26, n°3, PP.306-325

FOSKET Jennifer

2004. « Constructing “high-risk women” : the development and standardization of a breast cancer risk assessment tool ». *Science, Technology, & Human Values*, vol.29, n°3, pp. 291-313

[Special Issue : Reconstructing order through rhetorics of risk]

FOUCAULT Michel

1976. *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard. 211 p.

FRANCO Eduardo, BOSCH Xavier et al.

2006. « Knowledge gaps and priorities for research on prevention of HPV infection and cervical cancer ». *Vaccine* 24S3, S3/242-S3/249

GALLADE Chantal

2007. « 7-1133- Question : Vaccination des adolescentes et des jeunes femmes contre le HPV. Stratégie de la Confédération ». Curia Vista – Objets parlementaires déposé le 21.12.2007 et répondu le 07.03 2008.

[En ligne http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20071133 Consulté le 12.12.09]

2008. « 08-1093 – Question : Virus du papillome humain. Vaccination pour les jeunes filles et les jeunes femmes ». Curia Vista – Objets parlementaires déposé le 01.10.08 et répondu le 05.12.2008.

[En ligne http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20081093 Consulté le 12.12.09]

GARDEY Delphine, LOEWY Ilana (dir.)

2000. *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : Ed. des archives contemporaines. 227 p.

GARDEY Delphine, LOEWY Ilana

2000. « Introduction : pour en finir avec la nature » in : Delphine GARDEY et Ilana LOEWY (dir.), *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, pp.9-28. Paris : Ed. des archives contemporaines. 227 p.

GARLAND Suzanne M. et al.

2007. « Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases ». *The New England Journal of Medicine* 356, 19, pp.1928-1943

GAUDILLIERE Jean-Paul

2006. *La médecine et les sciences, XIXe – XXe siècles*. Paris : La Découverte. 121 p. (Collection Repères)

GERBER Stefan et GREMLICH Sandrine

2006. « Vaccin prophylactique anti-HPV : “un grand pas pour l'humanité et...” des questions pour notre société ! ». *Revue Médicale Suisse* n°84, 25.10.06

GERBER Stephan, SPINOSA Jean-Pierre (propos des Drs), recueillis et commentés par le Dr. DESLARZES Christian

2009. « La vaccination contre les papillomavirus : être ou ne pas être ? ». *Wellness & Santé magazine* n°32, printemps 09, pp.21-27

GILES Michelle, GARLAND Suzanne

2006. « A study of women's knowledge regarding human papillomavirus infection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines ». *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 46, pp.311-315

GILMAN Marina, GILMAN Sander L., JOHNS Michael M.

2009. « The art of medicine : human papillomavirus, abstinence, and other risks ». *The Lancet* vol.373, avril 25, pp.1420-1421

GOLDIE Sue J. et al.

2006. « Public health policy for cervical cancer prevention : the role of decision science, economic evaluation, and mathematical modeling ». *Vaccine* 24S3, S3/155-S3/163

GOTTRAUX-BIANCARDI Elena (travaux réunis et présentés par)

1992. *Air pur, eau claire, préservatif : Tuberculose, alcoolisme, sida : une histoire comparée de la prévention*. Lausanne : Editions d'en bas. 247 p.

GRIFFITHS Malcolm

1991. « "Nuns, virgins, and spinsters". Rigoni-Stern and cervical cancer revisited ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* vol.98, pp.797-802

GROOPMAN Jerome

1999. « Contagion : Papilloma Virus ». *New Yorker*, September 13, 1999

GROUPE MEDICAL DE REFLEXION SUR LES VACCINS

« Vaccination des adolescentes contre les infections à papilloma virus humain du col de l'utérus ».

[En ligne <http://www.infovaccins.ch/antiHPV.htm> Consulté le 02.03.2009]

GUIONNET Christine, NEVEU Erik

2004. *Féminins/Masculins : Sociologie du genre*. Paris : Armand Colin. 286 p.

GUTZWILLER Felix

2007. « 07.1075 – Question. Prise en charge de la vaccination contre le VPH par l'assurance obligatoire des soins ». Curia Vista – Objets parlementaires, Assemblée fédérale – Le parlement suisse. Déposé le 22.06.2007. Répondu le 07-12 2007.

[En ligne : http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20071075 Consulté le 04.09.09]

HACKING Ian

2001-2002. « Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Façonner les gens ». Cours 2001-2002 Collège de France.

[Page consultée le 26.01.10 sur le site Internet du Collège de France http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/historique/ian_hacking.htm]

2004-2005. « Philosophie et histoire des concepts scientifiques : Façonner les gens II ». Cours 2004-2005, Collège de France.

[Page consultée le 26.01.10 sur le site Internet du Collège de France http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/historique/ian_hacking.htm]

2008 (1999). *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Traduit de l'anglais par Baudouin Jurdant. Paris : La Découverte/Poche. 298 p.

HARAWAY Donna

1988. « Situated knowledges : the science question in feminism and the privilege of partial perspective ». *Feminist Studies* vol.14, n°3, pp.575-599

HARDING Sandra

1993. « Rethinking standpoint epistemology : what is “strong objectivity” ? » in : Linda ALCOFF and Elizabeth POTTER, *Feminist epistemologies*, pp.49-82. New York, London : Routledge.

1997. « Women's standpoints on nature : what makes them possible ? ». *Osiris* vol.12, pp.186-200.

HAUG Charlotte J.

2008. « Human papillomavirus vaccination : reasons for caution ». *New England Journal of Medicine* vol.359, n° 8, pp.861-862

zur HAUSEN Harald

2009. « Papillomaviruses in the causation of human cancers : a brief historical account ». *Virology* 384, pp.260-265

HEBAMME, SAGE-FEMME, LEVATRICE, SOENDRERA

2009. HPV Impfung, Vaccin HPV. *Hebamme, sage-femme, levatrice, spendrera* 1/2009

HEINZL Siegfried

2008. « Vaccination contre le virus du papillome humain ». *Forum Médical Suisse* vol.8, n°11, pp.210-213

HEINZL Siegfried, FEHR M., GERBER Stephan, PETIGNAT Pierre

2008. « Avis d'experts n°18, mis à jour août 2008 : Vaccination HPV » Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique.

[En ligne http://www.sggg.ch/fr/members_news/1004 Consulté le 12.12.09]

HIRT Caroline

2005. *La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social*. Mémoire de licence en ethnologie. Université de Neuchâtel : Institut d'ethnologie.

HOWSON Alexandra

2001. « “Watching you – watching me” : visualising techniques and the cervix ». *Women's studies international forum* vol 24, n°1, pp.97-110

HUGUENIN Marianne

2007a. « 07-3473 – Motion : Remboursement du vaccin contre le cancer du col de l’utérus ». Curia Vista – Objets parlementaires déposée le 21.06.2007 et répondu le 07.12 2007

[En ligne http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20073473 Consulté le 15.09.09]

2007b. « Virus HPV : 400 jeunes filles infectées par mois... Et on attend toujours... ». [En ligne <http://huguenin.blog.24heures.ch/archives/2007/10/15/virus-hpv> Consulté le 17.10.09]

HYDE Pamela

2000. « Science friction : cervical cancer and the contesting of medical beliefs ». *Sociology of Health & Illness* vol.22, n°2, pp.217-234

INFOVAC

2008. « Evidences ou croyances ? Analyse de la brochure “contre la vaccination contre le cancer du col de l’utérus” distribuée par le Groupe médical de réflexion sur les vaccinations.

[En ligne http://www.infovac.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=325&Itemid=110 Consulté le 23.10.09]

JACOT-GUILLARMOD M., HOHLFELD P, RENTERIA S.-C.

2009. « Place du frottis cytologique à l’adolescence ». *Revue Médicale Suisse* n°222, 21.10.09

JORIS F., GAUDIN G.

2002. « Papillomavirus et cancer du col de l’utérus ». *Revue Médicale Suisse* n°-614, 03.04.02

JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH

2005. *Journal of Adolescent Health*, vol.37, n°6, supplement 1 (décembre), pp.S1-S28

2008. Expanding our knowledge of HPV, a common cause of cancers in the U.S. and worldwide. *Journal of Adolescent Health*, vol.43, n°4, supplement.1 (octobre), pp.S1-S68

KIM Jane and J. GOLDIE Sue J.

2008. « Health and economic implications of HPV vaccination in the United States ». *The New England Journal of Medicine* 359, 8, pp.821-832.

KNUESEL René

2002. « Prévention » in : Jean-Pierre FRAGNIERE et Roger GIROD (eds), *Dictionnaire suisse de politique sociale*.

[En ligne : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=613> Consulté le 28.04.10]

KRAUS Cynthia

2000. « La bicatégorisation par sexe à l’“épreuve de la science” : Le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les Humains ». in : Delphine GARDEY et Ilana LOEWY (dir.), *L’invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, pp.187-213. Paris : Editions des archives contemporaines. 227 p.

2006. « Note sur la traduction » in : Judith Butler, *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l’identité*, pp.21-24. Paris : La Découverte, 283 p.

KUNTZ Joëlle

2009. « La vaccination et ses ennemis ». *Le Temps*, 21.02.09

LATOUR Bruno

1989. *La science en action*. Traduction de l'anglais par Michel Biezunski, texte révisé par l'auteur. Paris : La Découverte. 451 p.

2006. *Petites leçons de sociologie des sciences*. Paris : La Découverte/Poche. 251 p.

LATOUR Bruno et WOOLGAR Steve

1996 (1979). *La vie de laboratoire : la production des faits scientifiques*. Traduit de l'anglais par Michel Biezunski. Paris : La Découverte/Poche. 299 p.

LECOURT Dominique (dir.)

2004. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : PUF. 1270 p.

LOCK Margaret

1998. « Breast Cancer : Reading the Omens ». *Anthropology Today* vol.14, n°4, pp.7-16

2001. « The tempering of medical anthropology : troubling natural categories ». *Medical Anthropology Quarterly* vol.15, n°4, pp.478-492

LOEWY Ilana

2006. *L'emprise du genre. Masculinité, féminité, inégalité*. Paris : La Dispute. 276 p.

2008. « Anti HPV vaccination in context : a view from France ». Paper for conference : *Vaccine for girls ? The science, ethics and cultural politics of HPV prevention*. Rutgers University, New Jersey, 26th of September 2008.

Non-publié.

LUPTON Deborah

1993. « Risk as moral danger : the social and political functions of risk discourse in public health ». *International Journal of Health Services* vol.23, n°3, pp.425-435

1999. « Introduction : risk and sociocultural theory » in : Deborah LUPTON (ed.), *Risk and sociocultural theory : new directions and perspectives*. Cambridge : Cambridge University Press. pp.1 - 11

MARCUS 1995. « Ethnography in/of the world system : the emergence of multi-sited ethnography ». *Annual Review of Anthropology*, vol.24, pp.95-117

2002. « Au-delà de Malinowski et après Writing Culture : à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie ». *ethnographiques.org*, n°1, avril
[En ligne : <http://ethnographiques.org/2002/Marcus.html> Consulté le 08.03.2010]

MASSE Raymond

2003. *Ethique et santé publique : enjeux valeurs et normativité*. Avec la collaboration de Jocelyne Saint-Arnaud. Saint-Nicolas (Québec) : Les presses de l'université Laval. 413p.

MASSEREY Eric

2006. « Education à la santé, prévention et/ou promotion de la santé ? ». *Revue Médicale Suisse* n°69, 07.06.06

MASSEREY SPICHER Virginie

2008. « Les programmes cantonaux de vaccination contre le cancer du col de l'utérus sont en préparation ». *Primary Care* vol.8, n°12, pp.232-233

[En ligne www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html Consulté le 15.01.09]

MAYS Rose M., STURM Lynne A., ZIMET Gregory D.

2004. « Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections ». *Social Science & Medicine* 58, pp.1405-1413

MICHAUD Pierre-André

2006. « Editio : la santé scolaire à la croisée des chemins ». *Revue médicale suisse* n°69, 07.06.06

MONSONEGO Joseph

2007. *La fin d'un cancer ? Les espoirs de la vaccination contre les papillomavirus*. Paris : Grasset & Fasquelle. 289 p.

MOREAU Thérèse

2002. *Ecrire les genres : Guide romand d'aide à la rédaction administrative et législative épïcène*. Genève : Etat de Genève. 42 p.

[En ligne <http://www.egalite.ch/langage-epicene.html> Consulté en format PDF le 15.02.10]

2007. « Prière de ne pas épïcéner partout ». *Nouvelles Questions Féministes* vol.26, n°3, pp.14-24

MOULIN Anne-Marie (dir.)

1996. *L'aventure de la vaccination*. Paris : Fayard. 498 p. (Collection : Penser la médecine)

NARDELLI-HAEFFLIGER Denise, De GRANDI Pierre

2004. « Stratégies vaccinales contre le cancer du col utérin ». *Revue Médicale Suisse* n°-497, 03.11.04

NOUVELLES QUESTIONS FEMINISTES

2006. Santé ! *Nouvelles Questions Féministes* vol.25, n°2

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (OFSP)

2002. *Principes directeurs*. Berne : OFSP. 31 p.

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr> Consulté le 15.03.10]

2005. *Le secteur suisse de la santé : structure, prestataires de services, loi sur l'assurance-maladie*. Berne : OFSP. 24 p.

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr> Consulté le 15.03.10]

2007. « Assurance obligatoire des soins : modification concernant différentes prestations ». 21.11.2007.

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr> Consulté le 30.11.09]

2008a. « Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) : prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins ». *Bulletin OFSP* 18 février, n°8, pp.152-153

2008b. « Vaccination contre le cancer du col de l'utérus : début des programmes cantonaux de vaccination ». *Bulletin OFSP* 38 , 8, 15 septembre, pp.656-659

2009. *L'OFSP en bref*. Berne : OFSP. 18 p.

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr> Consulté le 23.04.10]

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, COMMISSION FEDERALE POUR LES VACCINATIONS, GROUPE DE TRAVAIL VACCINATION HPV

2008a. « Recommandations de vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) ». *Bulletin OFSP*, février 2008 : 1-22

[En ligne <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=fr> Consulté le 04.04.09]

2008b. « Vaccination contre les papillomavirus humains responsables de cancers du col de l'utérus : matière à discussion ? ». *Bulletin des médecins suisses*, vol.89, n°46 :1988-1991

[En ligne www.infovac.ch consulté le 03.07.09]

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE, COMMISSION FEDERALE POUR LES VACCINATIONS

2010. « Plan de vaccination suisse 2010 ». *Bulletin OFSP* janvier 2010, pp.1-29

[Consultable sur le site d'Infovac ou sur le site de l'OFSP]

OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE

2008. *D'une génération à l'autre : Evolution des causes de décès de 1970 à 2004*. Neuchâtel : OFS. 64 p.

[En ligne <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=3251> Consulté en format PDF le 17.10.09]

OUDSHOORN Nelly (traduit par Nathalie Jas)

2000. « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes » in : Delphine GARDEY et Ilana LOEWY (dir.), *L'invention du naturel : Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, pp.31-44. Paris : Ed. des archives contemporaines. 227 p.

ORY Gisèle

2007. « 07-3421-Postulat. Vaccination contre le HPV ». Curia Vista-Objets parlementaires déposé le 21.06.2007. Répondu le 07.12.2007.

[En ligne http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20073421 Consulté le 15.10.09]

OXFORD J.S.

2008. « The end of the beginning : vaccines for the next 25 years ». *Vaccine* 26, pp.6179-6182

PACCAUD Fred

1992. « Prévention : objets et enjeux » in : Elena GOTTRAUX-BIANCARDI (travaux réunis et présentés par), *Air pur, eau claire, préservatif : tuberculose, alcoolisme, sida : une histoire comparée de la prévention*, pp.149-158. Lausanne : Editions d'en bas. 247 p.

PAYET Marion

2008. « Cancer du col de l'utérus : Genève vaccine ». *Le Temps*, 02.09.08

PARINI Lorena

2006. *Le système de genre : Introduction aux concepts et théories*. Zurich : Seismo. 129 p.

PERRIN Olivier

2009. « La rougeole, débat majeur et vacciné ». *Le Temps*, 17.02.2009

PESTRE Dominique

2006. *Introduction aux Science Studies*. Paris : La Découverte. 122p. (Collection Repères)

PETIT-PIERRE Marie-Christine

2007. « Un vaccin pour changer la vie des femmes ? ». *Le Temps* 25.04.07

2007. « Vaccin recommandé contre le cancer du col de l'utérus ». *Le Temps*, 19.06.07

2008. « Rougeole, un retour qui n'en finit pas ». *Le Temps*, 07.03.08

2008. « De nouvelles armes pour lutter contre le cancer du col de l'utérus ». *Le Temps* 29.08.08

PETIGNAT P., MARTINEZ de TEJADA B., IRION O., BOULVAIN M.

2008. « Gynécologie : Editorial ». *Revue Médicale Suisse* n°139, 09.01.2008

PETIGNAT P. BOUCHARDY C. SAUTHIER P.

2006. « Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives ». *Revue Médicale Suisse* n°66, 17.05.06

PFEFFER Naomi

2004. « "If you think you've got a lump, they'll screen you." Informed consent, health promotion, and breast cancer ». *Journal of Medical Ethics* 30, pp.227-230

PINELL Patrice

1992. *Naissance d'un fléau : Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : Métailié. (Collection leçons de choses)

PLATTNER Titus

2009. « Vaccination obligatoire : le tabou est brisé ». *Le Matin Dimanche*, 21.11.09

PREVOTEAU DU CLARY François

2004. « Prévention » in : Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, pp.894-898. Paris : PUF. 1270 p.

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc

2006. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3^{ème} édition entièrement revue et augmentée. Paris : Dunod. 253 p.

RENTERIA Saira-Christine, De GRANDI Pierre

2005. « Santé reproductive : problèmes spécifiques à l'adolescence ». *Revue Médicale Suisse* n°40, 09.11.05

REYNOLDS WHYTE Susan, van der GEEST Sjaak, HARDON Anita

2002. *Social lives of medicine*. Cambridge : Cambridge University Press. 200 p.

RIVA Catherine

2008. « Vaccin contre le cancer du col de l'utérus : nous a-t-on tout dit ? ». *Le Matin Dimanche*, 30.03.08.

RUPP Stephan

2008. « Le pouvoir aux Cantons ! ». *Paediatrica* vol.19, n°1

2009. « La pédiatrie et ses frontières ». *Paediatrica* vol.20, n°1, pp.4-5

SAUTHIER Philippe, GERBER Stephan, De GRANDI Pierre

2002. Lésions pré-invasives du col utérin : prise en charge actuelle et perspectives d'avenir. *Revue Médicale Suisse* n°-597, 04.09.02

SCHIFFMAN Mark et al.

2005. « The promise of global cervical-cancer prevention ». *The New England Journal of Medicine*, 353, 20, pp.2101-2104

SCHILLER John T., NARDELLI-HAEFFLIGER Denise

2006. « Second generation HPV vaccines to prevent cervical cancer ». *Vaccine* 24 S3, pp.S3/147-S3/153

SCHNEIDER Pierre-Olivier

2008. « La bataille anti-HPV s'étoffe ». *Le Nouvelliste du Valais*, 12.09.08

SCHNEIDER S.

2008. « Vaccination HPV : rémunération totalement inacceptable ». *Bulletin des médecins suisses* vol.89, n°38, pp. 1619-1620

SCHUTZ Christine, VAUDAUX Bernard

2006. « La vaccination à l'adolescence : rôle des praticiens et des services de santé scolaire ». *Revue Médicale Suisse* n°69, 07.06.06

SCOTTO Joseph, BAILAR John C.

1969. « Rigoni-Stern and medical statistics : a nineteenth century approach to cancer research ». *Journal of the History of Medicine*, january, pp.65-75

SHERRIS Jacqueline, FRIEDMAN Allison, WITTET Scott et al.

2006. « Education, training, and communication for HPV vaccines ». *Vaccine* 24S3, S3/210-S3/218

SIEBER Pierre-André

2008. « Le Canton de Fribourg lance une vaccination ». *Liberté*, 13.02.08.

SIEGRIST Claire-Anne

2003. « Prévention vaccinale chez les adolescents : et s'il suffisait d'y penser ? ». *Revue Médicale Suisse* n°-575, 19.02.03

2005a. « Commission fédérale de vaccination : questions de la rédaction à sa présidente ». *Paediatrica* vol.16, n°1, pp.51.52.

2005b. « Vaccination : un problème non résolu et de brûlante actualité. Interview avec Mme le Professeur C-A Siegrist, 20 octobre 2004 ». *Bulletin des médecins suisses* vol.86, n°9, pp.513-518

2007. « Prévention du cancer du col de l'utérus associé au virus du papillome humain en Suisse : l'essentiel en bref ». *Paediatrica* vol.18, n°2, pp.41-45

SIEGRIST C-A, AEBI C., DESGRANDCHAMPS, et al.

2005. « Guide sur les vaccinations : évidence et croyances... ». *Bulletin des médecins suisses* 86, n°9, pp.519-531

SINGLETON Vicky and MICHAEL Mike

1993. « Actor-networks and ambivalence : general practitioners in the UK cervical screening programme ». *Social Studies of Science* vol.23, n°2 (may), pp.227-264

SINGLETON Vicky

1996. « Feminism, Sociology of Scientific Knowledge and Postmodernism : Politics, Theory and Me ». *Social Studies of Science* vol.26, n°2, pp.445-468

[Special Issue : The Politics of SSK : Neutrality, Commitment and beyond]

SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

2008. « Non à une vaccination contre le VPH financée sur le dos des médecins de famille ! ».

[En ligne www.ssmg.ch Consulté sur le site de la SSMG le 12.01.09]

SOCIÉTÉ SUISSE DE PÉDIATRIE

2007. « Prise de position de la Société Suisse de Pédiatrie concernant la décision de rembourser la vaccination-HPV dans le cadre de projets cantonaux ». *Paediatrica* vol.18, n°6

2008a. « Retard dans la vaccination HPV : Lettre ouverte à Monsieur le Président de la Confédération Pascal Couchepin, chef du DFI, aux directeurs cantonaux de la santé et au directeur de SantéSuisse ». *Paediatrica* vol.19, n°1

2008b. « Prise de position de la SSP concernant l'introduction de la vaccination HPV ». *Paediatrica* vol.19, n°6

SPIER R.E.

2002. « Perception of risk of vaccine adverse events : a historical perspective ». *Vaccine* 20, pp.S78-S84.

STOCKL Andrea

2008. « Public discourse and policy making : The HPV vaccination from the European perspective ». Paper for conference : *Vaccine for girls ? The science, ethics and cultural politics of HPV prevention*. Rutgers University, New Jersey, 26th of September 2008. Non publié.

SURIS Joan-Carles, BERCHTOLD André, NARDELLI Denise, MICHAUD Pierre-André

2007. « Modeling of HPV seroconversion in adolescent girls in Switzerland » (54p.)

[En ligne

<https://applicationspub.unil.ch/interpub/noauth/php/Un/UnUnite.php?UnId=184&LanCode=37&menu=pub>

Consulté le 15.08.09]

SZUCS Thomas et al.

2008. « Cost-effectiveness analysis of adding a quadrivalent HPV vaccine to the cervical cancer screening programme in Switzerland ». *Current medical research and opinions* vol.24, n°5, pp.1473-1483

VACCINE

2007. HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. *Vaccine*, vol.25, supplement 3, 1 november 2007

VACCINE

2006. « HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer ». *Vaccine* vol.24, supplement 3, pp.S1-S264

VAN DER GEEST Sjaak, REYNOLDS WHYTE Susan and HARDON Anita

1996. « The anthropology of pharmaceuticals : a biographical approach ». *Annual Review of Anthropology* 25, pp.153-178

VILLA LL. et al.

2006. « High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up ». *British Journal of Cancer*, vol.95, n°11, pp.1459-1466

VIGARELLO Georges

1999 (1993). *Histoires des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*. Paris : Ed. du Seuil. 390 p.

VUILLE Marilène, REY Séverine, FUSSINGER Catherine, CRESSON Geneviève

2006. « La santé est politique ». *Nouvelles Questions Féministes* vol.25, n°2, pp.4-15

WEBER Sandra

2009. « Le vaccin contre le HPV est-il vraiment nécessaire en Suisse ? ». *24 Heures*, 6-7.06.09

2010. « Les dessous du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ». *Le Matin Dimanche*, 14.03.10

WOODMAN Ciaran B.J. et al

2007. « The natural history of cervical cancer : unresolved issues ». *Nature Reviews* vol.7, pp. 11-22

WYLER LAZAREVIC Claire-Anne

2008. « Cancer du col de l'utérus : vacciner ou non ? ». *Le Courrier*, 27.05.08

SITES INTERNET

Note : Liste des sites les plus souvent cités et consultés lors de l'élaboration de ce travail. Il est à noter que tous les articles de la *Revue Médicale Suisse* ont été consultés dans leur version électronique par Internet, c'est pourquoi aucun numéro de pages n'y figure.

OFSP

<http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr>

Curia vista – base de données des objets parlementaires

<http://www.parlament.ch/f/dokumentation/curia-vista/Pages/default.aspx>

Commission fédérale pour les vaccinations

<http://www.bag.admin.ch/ekif/index.html?lang=fr>

Infovac

<http://www.infovac.ch/index.php?Itemid=95>

Groupe médical de réflexion sur les vaccins

<http://www.infovaccins.ch/>

Service de la santé publique du canton de Vaud

<http://www.santepublique.vd.ch/>

Profa

<http://www.profa.org/Accueil/accueil.htm>

Swissmedic

<http://www.swissmedic.ch/index.html?lang=fr>

Santésuisse

http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vname=portal

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1&L=1>

Sanofi Pasteur

<http://www.sanofipasteur.com/sanofi-pasteur2/front/index.jsp?lang=FR>

GlaxoSmithKline (GSK)

http://www.glaxosmithkline.ch/fr/DesktopDefault.aspx/tabid-11/15_read-1/

Société suisse de médecine générale

<http://www.sgam.ch/fr/home.html>

Société suisse de pédiatrie

<http://www.swiss-paediatrics.org/>

Société suisse de gynécologie et obstétrique

<http://sggg.ch/fr>

Groupement romand de la société suisse de gynécologie et obstétrique

<http://www.grssgo.ch/>

Revue *Paediatrica* en ligne

<http://old.swiss-paediatrics.org/paediatrica/>

Revue médicale suisse en ligne

<http://revue.medhyg.ch/>

Bulletin des médecins suisses

<http://www.saez.ch/f/index.html>

Tellsomeone

<http://www.tellsomeone.ch/fr/>

ANNEXES

I. Grille d'évaluation de la CFV

Question 1 : Le fardeau de la maladie justifie-t-il la mise en œuvre d'une recommandation de vaccination ?

Question 2 : Les caractéristiques du vaccin vont-elles permettre la mise en œuvre d'une recommandation de vaccination efficace ?

Question 3 : Quelles sont les stratégies permettant d'atteindre le but recherché par une recommandation de vaccination ?

Question 4 : Les indices coûts-efficacité des stratégies sont-ils acceptables et comparables à d'autres interventions de santé ?

Question 5 : Un niveau élevé de demande ou d'acceptation existe-t-il pour la recommandation de vaccination ?

Question 6 : L'application de la recommandation de vaccination est-elle réalisable ?

Question 7 : Les différents aspects de la recommandation sont-ils évaluables ?

Question 8 : Existe-t-il d'importantes questions ouvertes qui conditionnent la mise en œuvre de la recommandation ?

Question 9 : La recommandation est-elle équitable en termes d'accessibilité du vaccin pour l'ensemble des groupes cibles ?

Question 10 : Existe-t-il des problèmes juridiques qui conditionnent la mise en œuvre de la recommandation ?

Question 11 : La recommandation planifiée est-elle conforme avec celles prévues ou planifiées dans d'autres endroits ?

Références :

SIEGRIST Claire-Anne (interview)

2005. « Vaccination : un problème non résolu et de brûlante actualité ». *Bulletin des médecins suisses*, vol.86, n°9, p.518

Egalement consultable sur le site de la CFV à l'adresse suivante :

http://www.infovac.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=120

Consulté le 20.10.09.

II. Histoire naturelle et épidémiologie des infections HPV : quelques repères

Cette annexe a pour but de présenter quelques éléments importants concernant l'histoire naturelle et l'épidémiologie des infections HPV et du cancer du col utérin. J'ai choisi de présenter des extraits des recommandations fédérales (OFSP, 2008a), basées sur une importante revue de littérature et faisant état d'un savoir partagé par la communauté scientifique. J'y ai ajouté des informations tirées d'un article (Burchell et al., 2006 : S3/52-S3/61) faisant partie du supplément de la revue *Vaccine*. Ce numéro spécial est consacré à l'état des connaissances actuelles sur les infections HPV et le cancer du col utérin dans une perspective interdisciplinaire.

« Les papillomavirus humains (HPV) sont des petits virus à ADN nus (virions non enveloppés), à double brin (dsDNA) appartenant à la famille des papovavirus. Leur génome est constitué d'une molécule circulaire (7000-8000 paires de base) contenant au moins deux protéines de capside. Plus d'une centaine de types de HPV ont été séquencés jusqu'à présent. Environ 30 types touchent uniquement la muqueuse ano-génitale. [...] Les HPV sont subdivisés en deux catégories en fonction de leur pouvoir cancérogène (types à haut risque et à bas risque. Les **types à bas risque**⁸⁴ sont considérés comme peu pathogènes car ils causent principalement des verrues cutanées et des muqueuses. Les **types à haut risque** sont considérés comme oncogènes car ils sont à l'origine du cancer du col de l'utérus, d'une grande partie des cancers de la vulve, des cancers du vagin et du cancer de l'anus. Ainsi, la présence de HPV à haut risque a été établie dans près de 99,7% des cancers du col de l'utérus (types 16 et 18 dans environ 70% des cas). Font également partie des types à risque les HPV 31, 33 et 45. Les papillomavirus infectent soit les cellules à la surface de l'épithélium de la peau, soit celles de la muqueuse ano-génitale et ORL » (OFSP, 2008a : 6).

« Les infections par un HPV à haut risque peuvent entraîner des dysplasies du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'anus et de la région ORL, lesquelles peuvent évoluer vers un cancer invasif. Les infections par HPV à bas risque peuvent provoquer des verrues, notamment des verrues ano-génitales. 15% à 25% des tumeurs ORL sont dues à une infection HPV. Deux tiers des infections dues aux HPV à haut risque évoluent sans signes cliniques. Dans 30% des cas, elles entraînent la formation d'une néoplasie intra-épithéliale de degré 1 (CIN 1). 2% de ces néoplasies évolueront vers une néoplasie intra-épithéliale de degré élevé (CIN 2/3). 3% à 4% des personnes infectées développeront directement une néoplasie de ce type. 28% à 54% des CIN 2 et 3 guérissent spontanément. Sans traitement, 17% à 25% évoluent vers un cancer invasif. [...] En cas d'infection par un HPV 16, le risque de développer une CIN3 ou un cancer dans les dix ans s'élève à 17%. Avec un HPV 18, il est de 14% » (OFSP, 2008a : 7).

« Les infections génitales à HPV sont le plus souvent contractées lors d'un rapport sexuel. Les autres modes de transmission, comme un contact direct de peau à peau ou de muqueuse à muqueuse, sont plus rares. La mère peut également contaminer son nourrisson lors de l'accouchement. La plupart de ces infections sont asymptomatiques. La durée médiane d'une nouvelle infection à HPV est de huit mois. Dans 70% des infections récentes, le virus a disparu une année plus tard. Les infections persistantes avec un HPV à haut risque constituent un facteur de risque majeur car ces infections sont à l'origine de lésions précancéreuses qui peuvent entraîner des cancers du col de l'utérus. Le HPV 16 présente le risque oncogène le plus élevé. Une CIN 2/CIN 3 va se développer, le plus souvent entre six

⁸⁴ La mise en évidence en gras est dans l'original.

mois et trois ans après l'infection (médiane : quatorze mois). La néoplasie évolue ensuite vers un cancer de l'utérus, le plus souvent après dix ans » (OFSP, 2008a : 8).

« La fréquence des infections à HPV augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Les autres facteurs de risque sont : le tabagisme, les grossesses, l'âge (le risque augmentant avec l'âge), les autres IST, l'immunodéficience et l'utilisation prolongée de contraceptifs. Le risque de contracter une infection à HPV est fonction de l'âge au premier rapport sexuel, pour les personnes sexuellement actives, et du nombre de grossesses pour les femmes. Bien que le risque de contracter une infection à HPV soit le même pour les hommes et pour les femmes, ces dernières ont un risque beaucoup plus élevé de développer une tumeur maligne consécutive à cette infection dans la région génitale » (OFSP, 2008a : 8).

« Data supporting sexual intercourse as the primary route of genital HPV infection include documented transmission of genital warts between sexual partners, concordance in sexual partners for type-specific and HPV-16 variant-specific HPV-DNA, the rarity of genital HPV infection in women who have not had vaginal intercourse, the strong and consistent associations between lifetime numbers of sexual partners and HPV prevalence in women and men (albeit less consistently), and increased risk of HPV acquisition from new and recent sexual partners. Sexual intercourse includes both vaginal and anal intercourse. Receptive anal sex is strongly associated with HPV detection in the anal canal in homosexual and bisexual men, and to a lesser degree for women. One explanation for the latter is that some anal HPV infections in women may occur due to viral shedding of cervical or vaginal HPV infections in vaginal discharge. Although plausible, mechanisms other than sexual intercourse are less common routes of genital HPV infection. While oral and digital infection with genital HPV types clearly occurs, the risk of transmission by digital-genital or oral-genital contact appears to be minimal » (Burchell et al., 2006 : S3/54-S3/55).

III. Brochure d'information distribuée dans les écoles du canton de Vaud

ALORS COMME ÇA, SI ON ATTRAPE CE VIRUS, ON A DES RISQUES D'ATTRAPER UN CANCER PLUS TÂRD?!!

OUI, MAIS PAS DE PANIQUE: LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS N'EST PAS SI FRÉQUENT ...

SUR 100 FILLES...

... 70 SONT CONTAMINÉES PAR LE PAPILLOMAVIRUS ET LA PLUPART D'ENTRE ELLES VONT L'ÉLIMINER NATURELLEMENT...

... 6 VONT DÉVELOPPER UNE LÉSION PRÉCANCÉREUSE...

... 1 DÉVELOPPE LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

MAIS MÊME DANS LE CAS DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES ET DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS, ON PEUT ENCORE LES SOIGNER S'ILS SONT DIAGNOSTIQUÉS À TEMPS.

MOI CHLOË. C'EST NON.

LES GÂRÇONS, L'AMOUR ET TOUT ÇA, C'EST PAS MON TRUC.

POUR L'INSTANT, JE VEUX M'AMUSER SANS M'OCCUPER DE TOUT ÇA.

MOI SONIA.

ACTUELLEMENT, JE N'AI PAS DE VIE AMOUREUSE, ALORS JE VAIS ENCORE RÉFLÉCHIR.

J'ATTENDS.

QUAND JE ME SENTIRAI PRÊTE, J'IRAI CONSULTER MON MÉDECIN.

MOI CLAIRE. C'EST OUI.

JE VEUX ME FAIRE VACCINER CAR JE PENSE QUE JE VAIS AVOIR PROCHAINEMENT DES RELATIONS.

JE NE VEUX PRENDRE AUCUN RISQUE ET JE SUIS CONVAINCUE DES AVANTAGES DU VACCIN.

Référence : Vaccination contre les papillomavirus, contre le cancer du col de l'utérus. Canton de Vaud.