Le principe de la vaccination met en tension le rapport « liberté-responsabilité » sous de multiples angles. Il soulève des questions essentielles qui ont occupé la pensée de grands philosophes, depuis le libre-arbitre de René Descartes jusqu'à l'existentialisme de Jean-Paul Sartre. Se défendant d'être lui-même philosophe, c'est en tant que médecin et chercheur dans le domaine des maladies infectieuses et en bon Pasteurien que Philippe Sansonetti a porté pendant toute sa carrière un intérêt particulier à la conception des vaccins et à la vaccination en général, plus particulièrement à celle des enfants dans les régions déshéritées. C'est à partir de cette expérience que ce nouveau membre du Comité d'orientation de programmation de *Diasporiques* nous éclaire sur les questions sensibles soulevées par cette pratique médicale aujourd'hui largement répandue.

Liberté, responsabilité, acceptabilité : variables-clés de l'équation vaccinale

Philippe Sansonetti

Philippe Sansonetti est professeur émérite au Collège de France et à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, titulaire du prix Louis-Jeantet de médecine.

LIBERTÉ ET RESPONSABILITÉ

Commençons par dire quelques mots des deux premiers concepts dont la vaccination, telle un kaléidoscope, permet d'explorer les multiples facettes : notre liberté individuelle, en d'autres termes la capacité dont nous disposons d'agir au gré de notre volonté, et le fait que celle-ci ne peut s'exprimer sans que nous ayons à répondre de ses conséquences, en l'occurrence de notre responsabilité.

Pour Baruch Spinoza : « les hommes se trompent lorsqu'ils croient être libres ». Jean-Paul Sartre affirme, lui, dans *L'existentialisme est un humanisme* que « l'homme n'est que ce qu'il se fait », donc qu'il est le fruit de sa liberté. Mais il s'empresse d'ajouter qu'il n'existe pas de situation où l'action de l'homme, fruit de sa liberté, ne soit soumise à de multiples déterminants. Sommes-nous libres d'influences extérieures – voire intérieures : nos convictions et nos croyances – sur l'expression de notre liberté ? Pouvons-nous sans contraintes exercer notre « libre-arbitre », « le degré le plus bas de notre liberté » selon Descartes dans ses *Méditations métaphysiques* ?

Ma responsabilité – ce *respondere* latin doublement étymologique de « réponse » et « responsabilité » – ouvre en fait sur de multiples facettes de mon comportement. Je dois répondre *de* mes actes, il s'agit là d'une responsabilité morale, civile, voire pénale. Je dois réponds *à* un appel à l'aide, il s'agit là aussi de ma responsabilité morale, voire pénale (non-assistance à personne en danger). Je peux enfin répondre *pour* autrui lorsque, par exemple, je dois prendre une décision au nom d'une personne qui n'est pas en position de le faire, particulièrement de l'un de mes enfants ou d'un parent dépendant.

C'est ce qu'exprime encore à sa manière l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui, ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits ». Ou en d'autres termes encore le classique : « La liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres ». Tentons alors une paraphrase adaptée au sujet de cet article : « La liberté de ceux qui refusent de se vacciner se termine là où commence celle de ceux qui veulent se faire vacciner ». Un peu court et sibyllin, n'est-ce pas ? Mais ce sera mon point de départ.

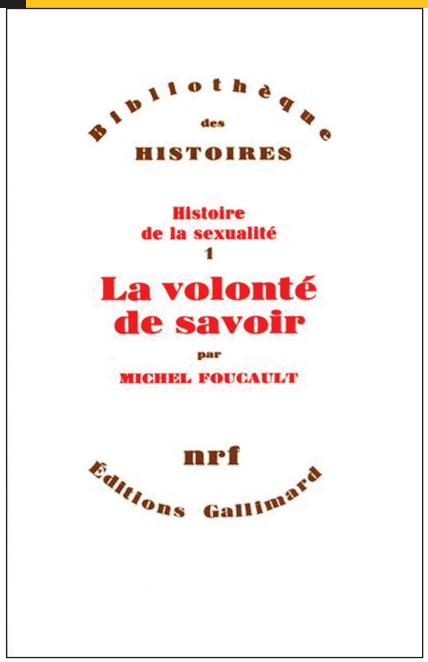
© JOHN RAPHAEL SMITH (1752-1812), COLL. PARTICULIÈRE

Edward Jenner (1749-1823).

I - Les premières étapes d'un bouleversement durable de la santé

LA PERCÉE DE L'HYGIÉNISME

La vaccination est, depuis son invention par Edward Jenner à la toute fin du XVIIIe siècle, sujet de controverses, parfois acerbes, et aussi de flottements, d'allers et retours dans les politiques sanitaires. Le grand dilemme de la santé publique naît dès le XIXe siècle avec son développement qui ouvre la possibilité de contrôler la variole, endémie dévastatrice chez les enfants, puis avec le déploiement des sciences pasteuriennes qui fondent la microbiologie et son corollaire, l'hygiène. Mais ces progrès imposent



aux populations des contraintes individuelles et collectives. En découlent aussi des bouleversements majeurs dans la planification des cités, souvent défavorables aux plus démunis. Dès la seconde moitié de ce siècle, un corpus de mesures, vite qualifié « d'hygiénisme », s'impose, selon lequel les pratiques politiques sanitaires, sociales, urbanistiques et architecturales doivent suivre des règles dictées par la nécessité de préserver l'hygiène, donc la santé. L'hygiène individuelle devient collective, la santé publique va bientôt naître. La science prend le pouvoir : médecine moderne, microbiologie, immunologie, épidémiologie, démographie s'articulent dans une perspective d'épanouissement de l'individu et du corps social, faisant dire à Georges Clémenceau que « le meilleur outil de l'émancipation, c'est la science ». Il ne faut néanmoins pas oublier que cette modernité cache une forte volonté d'optimiser l'énorme coût des maladies.

DE L'HYGIÈNISME À LA SANTÉ PUBLIQUE

À ce corpus d'hygiène individuelle et collective s'ajoute la vaccination dont le spectre de maladies couvertes ne cesse de s'élargir, devenant un de ses piliers. L'ensemble s'impose comme le fondement de la santé publique au XXe siècle, auquel viendront s'ajouter des mesures de prévention de maladies qui n'étaient plus uniquement infectieuses mais liées à des comportements, des modes de vie (tabagisme, alcoolisme, addictions en général, déséquilibres alimentaires générant obésité, diabète et maladies cardio-vasculaires).

L'État s'érige en « médecin du-corps », se substituant au prêtre, « médecin de l'âme ». La science remplace peu à peu la spiritualité dans la gouvernance des hommes mais tous les hommes ne peuvent se résoudre à cette substitution. Ceci est parfaitement décrit dans une analyse magistrale des « biopouvoirs » par Michel Foucault[1]. Il n'en fallait pas plus pour que se cristallise pour certains, intransigeants sur le respect de leur liberté, se sentant menacés par « l'establishment », la menace d'une « dictature hygiéniste ». Une préfiguration de ce que nous avons vécu, parfois avec stupeur et incrédulité, à des étapes clés du contrôle de la pandémie de Covid 19 : refus du port du masque, du confinement, du traçage, de la vaccination, interventions véhémentes sur le « fascisme sanitaire », fusion de la défiance vis-à-vis des autorités, de la science et des « experts ». Des fractures certes minoritaires, mais affectant néanmoins le corps social et parfois les familles.

[1] *La volonté de savoir*, 1976.

II - Deux politiques différentes de part et d'autre de la Manche

L'ALLER-RETOUR DE LA POLITIQUE DE VACCINATION EN ANGLETERRE

Dès 1840, le gouvernement britannique émet un premier *Act* interdisant la variolisation considérée comme dangereuse et propose en alternative une vaccination gratuite des enfants. Devant le succès mitigé de cette avancée, ce gouvernement décide, par le *Vaccination Act* de 1853, de se doter d'une politique globale de vaccination contre la variole. Il opte d'emblée pour un texte radical incluant l'obligation vaccinale pour tous les enfants au-dessous de trois mois et des amendes pour les parents réfractaires. Ce faisant, il politise d'emblée le débat. En dépit d'une baisse assez rapide de l'incidence de la maladie grâce à une couverture vaccinale atteignant 70 %, les premières ligues anti-vaccin de l'histoire émergent, dont la *National Anti-Vaccination League, London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination*. Des manifestations violentes éclatent dans les années qui suivent, notamment dans des villes ouvrières du Nord (Manchester, Leicester), pauvres et distantes du pouvoir central.

Plusieurs *Acts* furent ensuite promulgués, en réponse à cette résistance, maintenant l'obligation vaccinale et renforçant même son application, ce qui eut pour conséquence de tendre encore plus les relations avec les ligues et la population. Mais suite au travail d'une Commission Royale d'experts, les *Acts* de 1898 et 1907 exigèrent cette fois l'utilisation d'un vaccin mieux toléré, supprimèrent les amendes cumulatives et introduisirent une clause de conscience parentale autorisant la dispense de vaccination de leur enfant. Autant dire que l'obligation était abolie. Ce recul calculé du gouvernement finit par calmer la situation, même si les ligues persistèrent et entretinrent un courant antivaccinal, celui des *antivaxers*. Le débat sur l'obligation vaccinale était né et ne serait pas près de s'éteindre, ni en Angleterre ni ailleurs.

UNE DÉMARCHE INVERSE EN FRANCE

En France, le principe de « l'obligation vaccinale » s'est appliqué plus tardivement : pour la vaccination anti-diphtérique en 1934, anti-tétanique en 1940, le BCG en 1950 s'agissant de l'entrée en collectivité des enfants, et pour la vaccination anti-poliomyélitique en 1964. C'est l'incidence inquiétante de ces maladies qui fut à chaque fois la justification de cette politique d'obligation largement acceptée par la population dont on ne pouvait attendre moins « au pays de Pasteur », en dépit des efforts de la *Ligue nationale pour la liberté des vaccinations* (LNLV), fondée en 1954, qui s'illustra par des tentatives

de *lobbying* anti-vacccin auprès du Parlement mais qui n'obtint qu'un écho minime auprès de la population.

Sur ce fond de confiance vaccinale de la population française, les nombreux nouveaux vaccins introduits, entre 1972 et 2018, dans le calendrier vaccinal pédiatrique n'ont fait l'objet que d'une « recommandation », dans l'esprit de promouvoir une conception de la santé publique qui n'était non plus fondée sur l'obligation mais sur la responsabilité individuelle. Une parenthèse de près d'un demi-siècle durant laquelle, effectivement, la responsabilité l'a clairement emporté sur l'expression de la liberté individuelle de ne pas se vacciner – surtout de ne pas faire vacciner ses enfants – avant que la situation ne se dégrade et amène en janvier 2018 à une restauration du principe de l'obligation pour l'ensemble des 11 vaccins pédiatriques.

III - Pourquoi cette différence ?

Même si les deux situations ci-dessus décrites sont décalées d'un siècle, elles sont exemplaires dans la comparaison qu'on peut faire de contextes ayant amené les législateurs à suivre un chemin inverse par rapport à l'obligation vaccinale.

COMMENT CONTRER LA REVENDICATION DE LIBERTÉ AU PAYS DE L'*HABEAS CORPUS* ?

L'Angleterre avait affaire à l'expression d'une fraction de la population qui revendiquait sa liberté de refuser la vaccination et se cristallisait en un militantisme « antivax » mais ne reflétait pas pour autant la simple agrégation de « libres-arbitres ». La liberté qui s'y exprimait était clairement affectée – en accord avec Descartes, Spinoza et Sartre – par des déterminants non liés à une décision « de principe », voire même à une crainte objective des effets secondaires ou de l'inefficacité évoquée par certains de la vaccination. Dans ces révoltes se mêlait au sentiment d'atteinte injustifiée portée aux libertés individuelles, au pays de l'*habeas corpus*, la frustration de classe d'un prolétariat, se sentant abandonné, loin des centres du pouvoir et s'en défiant. On parlerait volontiers aujourd'hui de « gilet-jaunisation » du conflit.

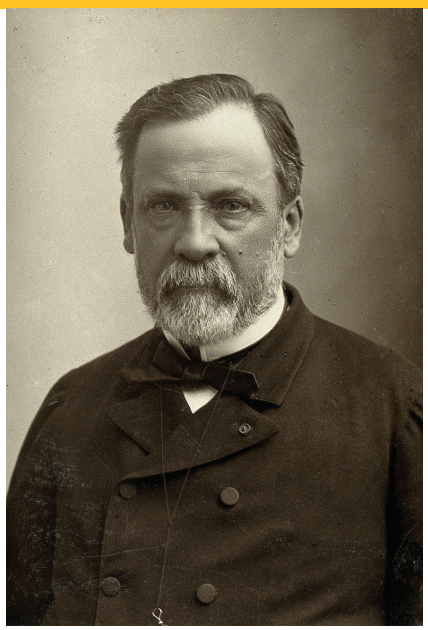
De cet agrégat complexe de déterminants, la perte de confiance dans ce pouvoir s'exprimait avec force. La confiance en l'action de l'État se mesure en effet à l'aune de la perception par les citoyens de sa bienveillance et de sa compétence. L'obligation et les doutes sur la vaccination minaient respectivement cette confiance mais l'ignorance par le pouvoir de la détresse sociale de ces populations venait s'y agréger. L'expression de la liberté de refuser l'obligation vaccinale était donc la résultante de déterminants sanitaires, économiques et sociaux qui, pour ces *antivaxers*, l'emportait sur deux

déterminants contraires qui eussent pu faire pencher inversement la balance : d 'abord leur propre appréciation du « rapport bénéfice-risque », leur faisant ignorer le bénéfice que le vaccin apportait à leurs enfants – rappelons que la variole, très contagieuse, touchait surtout les enfants et que le taux de mortalité était de 10 à 20 % ; ensuite, en regard de l'expression de leur liberté et de la conscience de leur responsabilité. C'était, en ces temps, une responsabilité essentiellement individuelle vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs enfants. Le concept « d'immunité collective » n'était alors pas connu. Il faudra attendre les travaux de Wade H. Frost aux États-Unis, dans les années 1930 sur les « courbes épidémiques » de la diphtérie, pour démontrer qu'à partir d'un certain pourcentage de sujets infectés et devenus résistants à l'infection, le pathogène cesse de circuler, la partie de la population non encore infectée étant ainsi protégée[2]. Il fallut attendre encore plusieurs décennies pour observer que ce processus d'immunité collective s'appliquait aussi à la vaccination, dans des limites fixées par la transmissibilité du pathogène, apportant une dimension altruiste à l'acte vaccinal : « En me protégeant, ou en protégeant mes enfants, je participe à la protection de la collectivité, en particulier des plus fragiles et des non (encore) vaccinés ». C'est de cette complexité qu'émerge l'idée de « l'acceptabilité vaccinale ».

L'INFLUENCE IDÉOLOGIQUE DE LOUIS PASTEUR

Comme déjà mentionné, en France, le principe d'obligation vaccinale, qui avait prévalu pour les vaccins pédiatriques de base jusqu'à la fin des années 60 (diphtérie, tétanos, BCG, polio), fut remplacé, à partir de 1972, par le principe de « recommandation » pour les nouveaux vaccins.

Ainsi, de l'après-guerre à la fin du XXe siècle, le front de l'antivaccination fut assez calme dans notre pays, au point que la transition de l'obligation à la recommandation put être mise en place à mi-parcours, une décision intelligente et pragmatique, faite hors-pressions, misant sur la confiance mutuelle entre État et citoyens. Peut-on tenter, comme je l'ai fait pour la vaccination contre la variole en Angleterre, d'analyser la situation française à l'aune de la dualité liberté/responsabilité ? Pourquoi tout d'abord cette acceptation à peu près générale de l'obligation vaccinale par une opinion populaire en générale critique, voire rapidement rétive à tout ce qui peut ressembler à une remise en cause de ses libertés individuelles ou collectives ?



© WELLCOME IMAGES

Portrait de Louis Pasteur (1822-1895) par Paul Nadar.

[2] *Frost WH, Frobisher M, Van Volkenburgh VA, et al. Diphtheria in Baltimore: a comparative study of morbidity, carrier prevalence and antitoxic immunity in 1921–24 and 1933–36.* Am J Hyg. 1936;24(3):568–586.

En ce qui concerne les déterminants de l'expression de la liberté individuelle vis-à-vis de l'acceptabilité vaccinale, on peut d'abord avancer deux éléments d'ordre culturel et médical : l'impact culturel de la légende de Louis Pasteur, « bienfaiteur de l'humanité », iconisé par la IIIe République en quête de héros après l'humiliation de la défaite de 1870 et dont le narratif quasi religieux toucha des générations d'enfants de la République laïque. Une « spiritualité laïque » inspirant et animant le « biopouvoir », si les disciples de Michel Foucault me le permettent… Peut-on remettre en cause Pasteur et ses théories dans notre pays ? Voilà un beau sujet de réflexion sur la relativité de la liberté de la pensée. L'autre élément est essentiellement médical, c'est l'appréciation par la population de l'impact qu'avaient sur elle – il y a encore deux ou trois générations – les maladies infectieuses. Cela fut frappant pour la poliomyélite. J'avais l'âge de raison lorsque la poliomyélite resurgit violemment en Europe, avec des milliers de cas annuels en France, particulièrement en période estivale. Je me souviens encore de la terreur de mes parents lorsqu'ils parlaient des « enfants polio », des « poumons d'acier », je me souviens de ce jour, je pense de 1957, où nous fîmes plusieurs heures la queue rue de Vaugirard, devant l'Institut Pasteur, afin que je reçoive de la seringue de Sœur Catherine, le vaccin salvateur du Professeur Pierre Lépine. Ce cas, personnel je l'admets, est néanmoins symptomatique de l'état d'esprit de l'époque et j'ai encore dans l'oreille la voix du grand acteur François Périer « engueulant » à la radio ces Français « irresponsables » qui refusaient de faire vacciner leurs enfants contre la polio[3].

En regard de ces biais très forts influençant le curseur du sentiment de liberté individuelle devant l'obligation vaccinale, il est tout aussi clair que l'éducation scolaire, dès les plus petites classes, martelait par des messages simples la notion d'appartenance à une collectivité, le sens des responsabilités que cela exigeait, les vertus de l'altruisme et le respect d'autrui. Tout ce corpus éducatif contribuait sans aucun doute à la constitution d'un équilibre décisionnel favorable, le moment venu, à la vaccination. Plus largement, la prospérité économique, les avancées sociales, les succès technologiques et la véritable explosion de la médecine moderne durant les « Trente glorieuses » avaient créé un environnement d'optimisme et de confiance générale, renforçant l'adhésion des citoyens aux politiques vaccinales. Le message de l'immunité collective maintenant reconnue passait plutôt bien dans ce contexte. C'est dans « ce moment de grâce » que fut abolie « l'obligation vaccinale » au profit

[3] Archives de l'INA.

de la « recommandation vaccinale ». L'arrivée des vaccins rougeole, oreillons, rubéole qui, prévenant des pathologies parfois graves mais aussi évitant les évictions scolaires, les isolements, les contraintes sur le travail parental, fut globalement bien reçue, même s'il ne s'agissait pas de prévenir de situations dramatiques comme la diphtérie ou la polio. La rareté des effets secondaires de ces nouvelles générations de vaccins en facilitait l'acceptabilité. Cela pouvait-il durer ? Des nuages commencèrent à s'accumuler dans le ciel de la « recommandation vaccinale ».

IV - Une défiance vaccinale désormais en hausse

UNE MONTÉE IMPRÉVUE DES DOUTES ET HÉSITATIONS DEVANT LA VACCINATION

Le triomphe de la médecine qui a caractérisé le dernier tiers du XXe siècle, après avoir suscité l'émerveillement, s'est banalisé, ses bénéfices sont devenus un fait acquis, voir un dû dans la générosité d'un système de protection sociale que « le monde entier nous envie ». Cependant, c'est la médecine curative et la chirurgie qui ont surtout marqué ce grand bond en avant et l'on ne peut malheureusement pas faire un constat similaire en France pour ce qui concerne le développent d'une solide culture de médecine préventive dont la vaccination est indissociable. Il ne faut pas non plus oublier la grande sensibilité du sujet vaccinal, puisque l'on administre une médication à un nourrisson ou un enfant en bonne santé. J'ai perçu cette sensibilité partout sur la planète, quelle que soit la situation sanitaire locale. La vaccination pédiatrique est un sujet facilement « inflammable ». Il n'est que de voir les violentes controverses explosant lors de la moindre suspicion d'un possible effet secondaire vaccinal.

« *Quand notre conscience parle, c'est la société qui parle en nous* » écrivait Émile Durkheim. La conscience de la société commença à virer à la fin du siècle, cette conscience qui permet de « régler le curseur » du niveau auquel l'individu va exprimer sa liberté de choix et percevoir les conséquences de ce choix pour lui-même, les siens et la société.

Et le « curseur » a clairement changé de niveau selon une étude internationale de la sociologue Heidi Larson de la *London School of Health & Tropical Medicine* intitulée « The vaccine confidence project », publiée en 2016[4]. Elle montrait que notre pays était de loin en tête de la défiance vaccinale, avec 41 % des Français interrogés incertains de la nécessité des vaccins, une fraction d'entre eux remettant en cause leur efficacité et leur sécurité. Avec leurs Ligues antivax encore vivaces, les Britanniques pointaient malgré tout loin derrière avec 8,7 % de défiance.

[4] Coll. 2016. BioMedicine.

On sentait monter ce sentiment de défiance, les médecins généralistes et les pédiatres alertaient sur l'allongement de leurs consultations nécessité par des discussions pied à pied pour convaincre des parents hésitants. On voyait d'ailleurs depuis 2008 réapparaître des épidémies de rougeole témoignant de la diminution de la couverture vaccinale pédiatrique. La rougeole est en effet un marqueur sensible du fait de sa transmissibilité très élevée exigeant de maintenir un taux de la couverture vaccinale de 95 % pour consolider une immunité collective.

POURQUOI UNE TELLE ÉVOLUTION ?

Que s'est-il passé ? On incrimine souvent le rôle des *antivaxers*, militants au discours plus ou moins complotiste – souvent en conflit d'intérêt avec des firmes et associations prônant médecine naturelle et parallèle – auxquels les réseaux sociaux ont offert un forum sans filtres. Ce serait faire injure à nos concitoyens qui doutent de penser que ces gesticulations irresponsables et mensongères sont la cause essentielle de leur difficulté à gérer cette interface liberté/responsabilité si sensible. Se concentrer sur ce déterminant serait une erreur masquant des causes plus profondes qu'il convient d'identifier et de prendre en compte en évitant les stigmatisations trop faciles et certainement contre-productives. Les travaux sociologiques sont encore trop rares en France pour guider des stratégies de prise en compte et la Consultation citoyenne, menée en 2016 sous la présidence engagée d'Alain Fischer, avait révélé les clivages existants. Dans cette situation, Agnès Buzin, ministre de la Santé, avait été amenée à rétablir « l'obligation vaccinale » pour les 11 vaccins pédiatriques à partir de janvier 2018, mettant fin à un demi-siècle d'hybrides pas toujours bien compris entre obligation maintenue des vaccins « historiques » et recommandation des nouveaux vaccins. Note optimiste : contrairement à certains pronostics, ce changement de politique vaccinale clarificateur fut plutôt bien reçu, en particulier par les médecins pouvant s'appuyer sur l'argument de l'obligation.

On peut avancer plusieurs raisons à cette hésitation vaccinale soutenant la difficulté de certains parents à gérer leur propre équation liberté/responsabilité devant le choix vaccinal. Il est difficile de les hiérarchiser, d'autant qu'elles sont souvent intriquées. Tout d'abord la « perte mémorielle » : ce que nous vivons actuellement est l'image en miroir de la situation qui prévalait dans les « années polio ». Trois générations de parents plus tard, la mémoire des drames infectieux pédiatriques s'est peu à peu évanouie et, plus que le risque infectieux, c'est le risque d'effets secondaires vaccinaux qui pèse dans la réflexion, même si les accidents graves sont rarissimes et pour l'essentiel peuvent être prévenus ou traités. On est passé de ce fait du « principe de prévention » au « principe de précaution » et cette équation simplificatrice fait l'objet de beaucoup d'échanges sur les réseaux sociaux. Dans ce contexte, le degré de liberté de refus vaccinal s'accroît, l'acceptabilité décroît, alors que la perception de responsabilité en cas d'infection grave du fait de l'absence d'immunité

LISTE DES 11 VACCINATIONS OBLIGATOIRES CHEZ LES NOURRISSONS NÉS À PARTIR DU 1ER JANVIER 2018

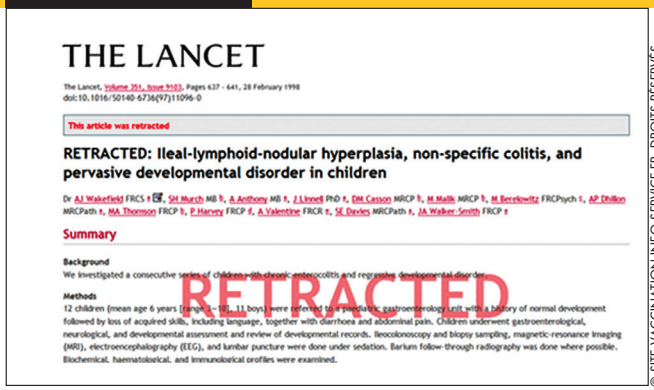
Contre
- la diphtérie
- le tétanos
- la coqueluche
- la poliomyélite
- l'hépatite B,
- l'infection à Haemophilus influenzae b
- le méningocoque C
- le pneumocoque
- la rougeole, les oreillons et la rubéole

vaccinale diminue, quand elle n'est pas transférée sur les autres : pourquoi vacciner mon enfant puisque les autres sont vaccinés ? C'est un jeu dangereux, incivique, irresponsable, mais le risque pris est effectivement faible, largement grâce à ceux qui sont vaccinés. Le refus de faire vacciner un enfant peut faire l'objet de poursuites pénales mais elles sont en réalité rarement engagées.

DES DÉCISIONS MALENCONTREUSES

Une autre raison de tension sur l'équation liberté/responsabilité est clairement une crise de confiance dans l'autorité et dans la science qui elle aussi se répand sur les réseaux sociaux. Une étude de santé publique France précédant la décision d'obligation vaccinale montrait qu'au moment de décider de la vaccination de leur enfant, la confiance des parents portait à 86 % sur leur médecin, 70 % sur l'État et 40 % sur les industriels du vaccin… Tout est dit dans ces chiffres, mais peut-on aller plus loin dans l'analyse du fléchissement de confiance dans l'État détenteur du « biopouvoir » ? Est-ce un lent processus de fissuration ou peut-on envisager des événements fondateurs, comme un « péché originel » de ce « biopouvoir » ?

On peut penser que celui-ci existe effectivement : c'est la décision de vaccination des jeunes adolescents contre l'hépatite B décidée en 1994 par le ministère de la Santé. Elle était prévue initialement comme une campagne annuelle de vaccination des collégiens de 10-11 ans, mais elle s'élargit rapidement sous la forme d'une campagne de vaccination de masse des jeunes qui finit par concerner 20 millions d'individus en quatre ans. Ce changement brutal de dimension fut sans doute motivé par une pression des industriels produisant le vaccin, usant d'arguments empreints de catastrophisme sur l'impact à venir des complications de la maladie sur la santé publique. Rapidement furent détectés au sein de cette population d'adolescents et de jeunes adultes des cas de maladies démyélinisantes, particulièrement de scléroses en plaque chez des jeunes filles et des jeunes femmes, période de début habituel de la maladie. « Maladie événement rare » sur « vaccination événement fréquent », il n'en fallut pas plus pour qu'un lien de corrélation soit établi, menant à la création d'une association parents-malades (Revahb) particulièrement



THE LANCET

The Lancet, Volume 351, Issue 9103, Pages 637 - 641, 28 February 1998
doi:10.1016/S0140-6736(97)11096-0

This article was retracted

RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

Dr AJ Wakefield FRCS a, SH Murch MB b, A Anthony MB a, J Linnell PhD a, DM Casson MRCP b, M Malik MRCP b, M Berelowitz FRCPsych c, AP Dhillon MRCPath a, MA Thomson FRCP b, P Harvey FRCP d, A Valentine FRCR e, SE Davies MRCPath a, JA Walker-Smith FRCP a

Summary

Background
We investigated a consecutive series of children with chronic enterocolitis and regressive developmental disorder.

Methods
12 children (mean age 6 years [range 3–10]; 11 boys) were referred to a paediatric gastroenterology unit with a history of normal development followed by loss of acquired skills, including language, together with diarrhoea and abdominal pain. Children underwent gastroenterological, neurological, and developmental assessment and review of developmental records. Ileocolonoscopy and biopsy sampling, magnetic-resonance imaging (MRI), electroencephalography (EEG), and lumbar puncture were done under sedation. Barium follow-through radiography was done where possible. Biochemical, haematological, and immunological profiles were examined.

RETRACTED

© SITE VACCINATION-INFO-SERVICE.FR «DROITS RESERVES».

Article frauduleux retiré par *The Lancet*.

active. Aucun lien de causalité ne put finalement être établi par une dizaine d'études épidémiologiques mais une polémique violente, stigmatisante pour le vaccin, se poursuivit en justice, aboutissant à un non-lieu en 2016. Entre temps, le mal était fait. Pire, le ministère suivant arrêta la campagne en 1998, semblant valider le risque. Finalement, une double maladresse fatale : une campagne rapide et massive hors de l'âge habituel des vaccinations de l'enfant, sans explications suffisantes, puis un arrêt de la campagne de vaccination validant l'hypothèse de complications neurologiques. Le bilan ? Une triple stigmatisation assortie d'un gros accroc dans la confiance dans l'État, le vaccin et les industriels du vaccin.

1998 : ANNÉE NOIRE

1998 fut décidément une année noire pour la vaccination qui vit aussi la publication dans *The Lancet* d'un article, *a posteriori* reconnu comme frauduleux, évoquant un lien entre vaccination contre la rougeole et survenue chez l'enfant de symptômes entrant dans le cadre du spectre de l'autisme[5]. Il suffisait de lire cet article pour détecter des insuffisances méthodologiques qui anéantissaient la crédibilité de cette hypothèse, mais l'éditeur de ce prestigieux journal, sans doute fier de son coup médiatique, attendit 12 ans pour clore le processus de rétraction[6]. Pendant ce temps, cette vaccination était devenue un motif de polémique, particulièrement aigu au Royaume Uni où le travail avait été réalisé, et aux USA où l'auteur principal – rayé de l'Ordre des Médecins britanniques – s'était « réfugié » et continuait sa campagne, entrainant dans son sillage des grands noms devenus *antivaxers* et des soutiens pas nécessairement inattendus comme celui de Donald Trump qui s'était empressé, dès son élection, de mettre en place une commission *ad hoc* présidée par un Kennedy. On doit largement à Tony Fauci, Directeur du NIAID[7], de l'en avoir, en toute responsabilité, dissuadé mais, une fois de plus, le mal était fait.

UN EXEMPLE CONSTERNANT : LE RETARD FRANÇAIS DANS LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS ONCOGÈNES

Cet épisode a indubitablement laissé des traces profondes et il minera la confiance des parents dans les vaccins contre les papillomavirus (HPV) oncogènes lorsqu'ils seront recommandés dans la décennie suivante chez les adolescentes et jeunes femmes. Ce flottement fut vite exploité par les *antivaxers* militants à coups de pétitions sur les réseaux sociaux, brandissant le spectre d'hypothétiques effets secondaires neuro-immunitaires. Cette crise de confiance a fait de la France un des « bonnets d'âne » de l'Europe, minant

[5] Wakefield AH et coll. 1998. *Ileal-Nodular-Lymphoid hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorders in children.*
[6] Sansonetti PJ. 2018. *Measles 2018, a tale of two anniversaries* EMBO Mol Med e 9176.
[7] *National Institute of Allergy and Infectious Diseases.*

l'ambition à terme d'éradication du cancer du col utérin. Ne serait-ce pas un scandale sanitaire si, dans la décennie à venir, nous déplorions encore 1000 décès annuels de cancer du col utérin alors que l'incidence de la maladie a déjà commencé à diminuer dans les pays qui ont adhéré tôt à cette vaccination ? Qui, dans ce cas, porterait la responsabilité de ce scandale sanitaire ? Ce n'est que récemment que le taux de couverture vaccinale anti-HPV oncogènes a vraiment décollé en France, faisant suite à une approche plus volontariste et pédagogique, sans rattrapage de masse, éclairant sur les enjeux de cette vaccination qui, par définition, doit être réalisée avant l'âge des premiers rapports sexuels, impliquant mieux médecins et médecine scolaire, s'élargissant aux garçons qui participent à la boucle de circulation de ces HPV sexuellement transmis. Intelligence est mère de confiance, donc capable d'instaurer un contexte plus serein dans lequel les parents peuvent exercer plus objectivement et rationnellement le difficile exercice d'équilibre liberté/responsabilité et faire prévaloir le « principe de prévention » face à un « principe de précaution » galvaudé et vidé de son sens profond. L'acceptabilité est à ce prix.

V- Un regard porté vers le Sud

LES PARADOXES DE LA SITUATION AFRICAINE

Arrêtons-nous sur des conséquences rarement envisagées de la cacophonie autour des vaccins entretenue dans nos pays nantis, là où le risque infectieux est globalement maîtrisé. Elle est considérée comme un « luxe de riches » dans les pays du Sud qui sont loin de partager notre situation sanitaire. J'entends souvent nos collègues médecins africains se plaindre du fait que l'exportation de notre défiance vaccinale dans leurs pays est irresponsable. Un exemple ? Peu de femmes Africaines bénéficient d'une visite gynécologique régulière et la majorité des cancers du col utérin n'y est pas diagnostiquée à temps. Quelle responsabilité portons-nous, si nous dégradons l'image du vaccin anti-HPV qui est la seule chance de ces femmes ? La responsabilité passe par une compréhension globale des principes de base de la santé publique et non par une vision nombriliste et égoïste d'Européens nantis.

Plutôt que d'exporter notre défiance vaccinale vers les pays du Sud, notre sens de la responsabilité collective devrait nous inciter à exporter des vaccins. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) est un formidable partenariat public-privé qui s'est efforcé, au fil des dernières décennies, sous l'égide de l'OMS, d'assurer l'objectif du IIIe millénaire de faire bénéficier tous les enfants du Sud du Programme Élargi de Vaccination. Des progrès considérables ont été effectués, mais le compte

© PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO)

GAVI/Covax : Buenos Aires, Argentine, 28 mars 2021 (PAHO/WHO-UNICEF). Réception par l'Argentjne des premières 218 000 doses de vaccin contre la COVID-19 remises par le COVAX.

n'y est pas encore et la pandémie de Covid-19 affecte les actions collaboratives engagées, à tel point que la poliomyélite « en cours d'éradication » ressurgit en Afrique et la rougeole n'est toujours pas contrôlée dans plusieurs pays. Dans ce domaine, la pandémie de Covid -19 a suscité un repli sur soi sans précédent de l'Occident tétanisé par le spectre de l'impact sanitaire, social et économique de la maladie. Nous avons vite oublié notre responsabilité, pour ne pas dire notre devoir, d'aider le Sud. Le COVAX[9], co-dirigé par le GAVI[10] et la coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et l'OMS, n'ont dans cette atmosphère globale de repli que partiellement répondu aux espérances. La fourniture et l'administration des nouveaux vaccins anti-Covid-19 n'a pas pu remplir ses objectifs puisque, hors Maghreb et Afrique du Sud, pas plus de 20 % de la population africaine a pu être vaccinée. Heureusement, grâce sans doute à la jeunesse de sa population, à un certain isolement des grands circuits aériens internationaux et aussi à d'autres facteurs éventuellement immunitaires qu'il sera important de déchiffrer, les populations, bien qu'affectées par la maladie si l'on en juge par les enquêtes sérologiques rétrospectives, sont passées à travers la pandémie sans afficher des statistiques de morbidité et de mortalité du niveau de celles des pays du Nord. Au tout début de la pandémie en France, alors que je m'inquiétais du « cataclysme programmé » en Afrique si un vaccin n'y était pas disponible à court terme, un de mes amis médecin africain m'avait répondu dans un grand éclat de rire : « tu verras, il va se perdre en Afrique ton virus ! ». Il y a beaucoup à méditer ici sur la perception différente de l'impact des maladies infectieuses selon les sociétés et ceci a un poids indéniable sur l'équation liberté/responsabilité.

Pour décliner un peu plus le concept de responsabilité, il est clair que dans l'expérience Covid-19, de l'Afrique – si l'on peut globaliser un continent aussi divers – on a appris une leçon : « On n'est jamais si bien servi que par soi-même ! ». Plusieurs pays Africains, soumis à « l'électrochoc Covid-19 », ont pris conscience de leur énorme dépendance en approvisionnement pharmaceutique. Comment structurer une filière industrielle compétitive du médicament et du vaccin ? Cela implique la recherche scientifique et industrielle africaine, son soutien par les gouvernements africains mais aussi par les institutions du Nord, l'Agence africaine du médicament, les instances internationales du commerce et par des décisions claires et responsables sur la propriété intellectuelle. Quand l'Afrique pourra-t-elle soigner les Africains ? Telle est la question et il est de notre responsabilité collective d'y répondre. « 60 % des vaccins pour les Africains fabriqués par les Africains en 2030 ! » tel

[9] COVAX : collaboration pour un accès mondial et équitable au vaccin contre la Covid-19.
[10] GAVI : l'alliance internationale du vaccin.
[11] Saled ARA et coll. *Strengthening vaccines and medicines manufacturing capabilities in Africa : challenges and perspectives.*2022.Embo Mol Med. 14:e1628.

est le slogan ![11]. Avec une population encore supérieure à celle de l'Afrique, l'Inde, par une action volontariste et un soutien international, est devenue depuis deux décennies un partenaire incontournable de l'industrie du vaccin. Affaire de volonté et de responsabilité.

VI - Le choc de la pandémie de Covid-19

LE RÔLE PRÉOCCUPANT DE CERTAINS MEDIAS LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie de Covid-19 a brutalement relancé le débat vaccinal au sein de notre société, remettant en cause les éléments sur lesquels chaque individu envisage sa liberté et sa responsabilité en regard de la vaccination. Le débat fut largement attisé par les médias qui trop souvent offrirent des « plateaux-spectacles » caricaturaux où l'on faisait s'affronter des experts qualifiés et des *antivaxers* militants, donnant ainsi un poids égal au rationnel scientifique intégrant le facteur « incertitude » et à un irrationnel teinté de défiance et de complotisme vis à vis de la science, des industriels du vaccin et des politiques mis dans le même sac.

Ce furent surtout les chaînes d'information continue qui participèrent à cette désinformation cachée qui déstabilisa considérablement les citoyens téléspectateurs en les amenant à conclure que « les scientifiques n'étaient pas d'accord »… Ne revenons pas sur l'irresponsabilité de certains scientifiques rares mais trop visibles ! L'équilibre liberté/responsabilité se pose donc aussi pour les médias. La pandémie étant, semble-t-il, derrière nous, il est temps de réunir scientifiques, médias et citoyens afin de réfléchir à la façon dont les médias – dont le rôle est essentiel à la santé de la démocratie – peuvent vraiment prendre conscience qu'une information scientifique objective est capitale pour permettre aux citoyens de faire des choix cruciaux en temps de crise. Une formation des jeunes journalistes semble indispensable sur la science, son épistémologie, la pratique de ses métiers, ses défis, son éthique et sa déontologie, son intégration dans la société.

Les scientifiques doivent eux aussi apprendre à communiquer avec les médias, être sélectifs, refuser de « ferrailler » inutilement avec des militants connus pour leurs convictions anti-scientifiques, antivaccinales : à ce jeu les scientifiques deviennent vite des faire-valoir naïfs de l'anti-science. Savoir aussi projeter rigueur et consensus scientifique et non simplement sa propre vision et son ego…

VITESSE OU PRÉCIPITATION ?

Même si la France a globalement adhéré à la campagne vaccinale anti-Covid-19 – y compris chez les adolescents – ce ne fut pas un « long

fleuve tranquille. » La question de la liberté du choix vaccinal s'est posée avec acuité pour un pourcentage non négligeable de la population, l'argument du civisme et de l'immunité collective, donc de la responsabilité, ayant dû être brandi à plusieurs reprises. Les enfants de moins de 11 ans ont été très peu vaccinés, souvent par entente entre parents et médecins, aucun ne voulant prendre la responsabilité de la décision de cet acte.

La mise à disponibilité « rapide » de vaccins de technologies nouvelles en regard des vaccins jusqu'alors en usage (vaccins ARN messager et Adénovirus recombinants), si elle fut une « divine surprise » en regard des délais habituels de développement d'un nouveau vaccin, fut aussi une double source d'inquiétude dans l'acceptabilité initiale pour deux raisons essentielles : la nouveauté des technologies, particulièrement celle de l'ARN messager, et la courte durée des études cliniques ayant mené les agences à autoriser la mise sur le marché de ces nouveaux produits, tout cela suggérant que les trois phases constitutives de ces études avaient été « bâclées ». « Je veux des vaccins pasteuriens, pas des vaccins génétiques » entendait-on.

On débattit du risque d'intégration des ARN messagers synthétiques dans le génome humain, du télescopage des trois phases d'études cliniques effaçant les temps de réflexion intermédiaires habituellement alloués aux comités scientifiques de suivi des essais cliniques. Cette nouveauté devint un enjeu dominant dans la réflexion individuelle et collective, déterminant l'acceptabilité, donc l'appréciation de la liberté de choix. Il y eut certainement dans cette phase un défaut d'information des citoyens auxquels fut renvoyée la cacophonie d'échanges contradictoires mais rarement des messages scientifiquement objectifs, rationnels et aptes à faciliter des choix responsables. L'urgence de la situation explique sans doute largement cette désorganisation de la communication, cette « dissonance cognitive » – aussi qualifiée d'« infodémie galopante » – et ce ne sont pas les communiqués de presse triomphalistes des firmes pharmaceutiques qui contribuèrent à l'apaisement du débat…

L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE OBJET DE SOUPÇONS

Un débat a dès lors réémergé : celui de la transparence de l'industrie pharmaceutique. Il est clair que ses profits encouragent les attitudes anti-vaccinales, et même si l'industrie du vaccin n'est pas la plus en cause, l'amalgame est aisé. Lors des conférences que je tiens régulièrement sur les vaccins et la vaccination, à l'occasion desquelles j'ai pu échanger avec diverses catégories socio-professionnelles, il n'en est pas une où je n'ai été interrogé, voire interpellé, sur les profits de l'industrie pharmaceutique : en résumé, est-ce qu'au fond, la logique guidant ces firmes, vaccins inclus, n'est pas le profit plutôt que la santé humaine ? Question que nous pourrions reformuler ainsi : l'industrie du médicament et du vaccin est-elle « responsable ?». Certains vont jusqu'à proposer une nationalisation pure et simple de cette industrie des vaccins, sans trop en mesurer

les avantages et les inconvénients, sans parler des coûts d'une telle initiative pour l'État dont le sens des responsabilités peut aussi montrer des failles.... En Occident, l'industrie privée des vaccins est actuellement le meilleur opérateur possible par sa compétence scientifique et technique et son expérience des procédures uniques en matière de sécurité des produits, qui sont cruciales pour la survie de l'entreprise.

Le problème est ailleurs. Sur quelles bases évaluer cette « responsabilité » ? N'ayant aucun conflit d'intérêt avec l'industrie du vaccin, et même un « conflit de désintérêt » dans la mesure où les vaccins que nous développons sont dédiés aux populations les plus défavorisées et apparaissent exceptionnellement sur leurs feuilles de route, je me sens à l'aise pour en parler, mais moins pour y répondre... Commençons donc par un truisme : le sujet est complexe... d'autant plus complexe que le monde de l'industrie du vaccin a changé ces dernières décennies. Le modèle classique de grandes firmes développant un vaccin de A à Z est différent. Il s'est mû en des partenariats – à des degrés d'intégration variable – entre ces grandes firmes et des « biotechs » agiles, de mode de fonctionnement plus académique, auxquelles sont largement délégués l'innovation et, les développement pré-cliniques, les firmes assurant la chaîne de production, la sécurité du produit, les études cliniques, les rapports avec les agences et la commercialisation. On a vu à quel point les grandes firmes classiques comme SANOFI et GSK qui n'avaient pas appliqué ce modèle ont été à la peine pour développer, dans les délais rapides imposés, des vaccins innovants anti-Covid-19.

Mais ce sont ces grandes firmes qui sont, quoi qu'il en soit, dans le collimateur des critiques qui au fond portent sur l'image des excès d'un capitalisme mercantile débridé qui n'est certainement pas de bon aloi lorsqu'il touche la santé. Ce n'est pas au Dow Jones, au Nasdaq ou au CAC40 que se jauge le succès d'un médicament ou d'un vaccin mais au bénéfice qu'il apporte à toutes les populations qui le requièrent. Les Français sont particulièrement sensibles et tatillons sur ces sujets, mais il ne faudrait pas croire que d'autres populations, même dans les pays anglo-saxons, ne le soient pas. Boris Johnson avait soulevé des haut-le-cœur chez mes collègues anglais lorsqu'il avait vanté les mérites du « mercantilisme britannique » dans la réussite du vaccin Adéno-recombinant anti-Covid-19 développé par Oxford-Astra-Zeneca. Ceci remet d'ailleurs en cause la vision « utilitariste » qu'ont nos politiques d'une science au service de l'innovation sous l'unique prisme de moteur de l'économie.

Comment jauger la responsabilité de l'industrie du vaccin ? Comment réparer la défiance croissante des populations ? La réponse la plus fréquente est : « transparence ». Mais transparence sur quoi ? La montée des actions en bourse ? Le montant des profits annuels de la société ? Le salaire du PDG ? Tout cela est public, il faut donc aller chercher plus au cœur du dispositif et proposer un ou plusieurs paramètres permettant d'apprécier plus précisément si une firme maintient une politique respectueuse de sa responsabilité sociétale qui est d'abord de mettre à disposition de toutes les populations les

produits de santé qu'elle développe, donc de s'assurer d'un prix de vente « raisonnable ». Un juste prix, qui doit refléter un bilan clair des bénéfices en regard des coûts globaux de R&D et de production, des nécessités d'investissement, n'oubliant pas au chapitre des crédits l'argent public du citoyen payeur d'impôts alloué par les États en soutien de programmes académiques ayant permis la conception du produit, ou l'accélération de programmes d'urgence comme on l'a observé dans la chaîne de développement des vaccins anti-Covid-19.

Autre marqueur : s'assurer que – dans les limites de ses expertises – les choix que fait la firme de recherche et développement sont motivés par des besoins médicaux réels et globaux et non par la profitabilité de certains secteurs. Exemple : l'orientation privilégiée des choix stratégiques vers des pathologies chroniques fréquentes, nécessitant des traitements à long terme, contre des pathologies tout aussi prégnantes sur la société, mais peu profitables car de prescription courte. C'est le cas de panne actuelle de la recherche dans le domaine des antibiotiques. L'équivalent côté vaccins étant l'engagement pour le développement de vaccins dédiés à des maladies infectieuses négligées, particulièrement par le fait qu'elles affectent des populations à faibles revenus (maladies parasitaires, viroses tropicales, etc.).

D'autres éléments peuvent être ajoutés comme la participation à des partenariats public-privé permettant de mettre certains produits – comme les vaccins – à la disposition de populations à faibles revenus, le respect des mesures de contrainte en matière de *lobbying* vers le monde médical et l'autorité politique. C'est semble-t-il autour de ces points que devrait se bâtir la transparence et sa communication au public.

Si difficile que soit la communication en ces temps de défiance, il est urgent de rétablir la confiance entre les citoyens et leur industrie pharmaceutique, aucune des deux parties n'a intérêt au divorce.

DES INTERROGATIONS RÉMANENTES

Dans la crise pandémique, chacun fut laissé à son appréciation de la balance bénéfice-risque de l'utilisation de ces nouveaux vaccins et l'agrégation de ces évaluations individuelles renvoya une image complexe : une compréhension assez générale de la nécessité de vacciner les personnes âgées et fragiles car laisser progresser sans barrière la pandémie dans cette population aurait un coût humain inacceptable et ferait imploser le système hospitalier. Le choix fut sans doute plus difficile pour les adultes jeunes, puis pour les mineurs. Deux arguments étaient avancés dans ces tranches de la population pour considérer le risque supérieur au bénéfice : la rareté des formes graves en dehors de comorbidités, un risque un peu plus important d'effets secondaires sérieux chez les adultes jeunes et adolescents (myocardites et péricardites, certes bénignes, mais…), et la reconnaissance assez rapide du fait que le vaccin à ARN messager contrôlait mal la circulation virale par son peu d'effet protecteur au niveau de la muqueuse respiratoire, ce qui – associé à l'apparition de variants – affectait éventuellement l'impact collectif

de la vaccination. Ce vaccin sauve les personnes fragiles, nos hôpitaux et notre économie, n'est-ce pas suffisant pensaient les plus indécis dont certains, avouons-le, attendaient de voir comment les choses tournaient chez les vaccinés pour se décider. La catégorie des « attentistes » s'engagea néanmoins largement vers la vaccination dans la crainte d'un risque de pénurie, mais surtout sous l'effet d'une campagne vaccinale dynamique impliquant les efforts combinés des médecins généralistes, des pharmaciens et de centres de vaccination. Intéressant aussi, sociologiquement, fut le rejet collectif rapide du vaccin à Adénovirus recombinant, dès que furent connus les rares – mais inquiétants – effets thrombotiques de ce vaccin. L'appréciation par la population de la balance bénéfice-risque face à celle du vaccin ARN messager fut brutale et irrémédiable.

Cette expérience collective valide sans aucun doute la nécessité de disposer d'une gamme de vaccins de conception différente dans ces situations de crise afin de ne pas se trouver dans une impasse si le seul type de vaccin disponible s'avérait présenter un niveau de risque difficile à gérer pour chacun dans son équation bénéfice-risque. Cette campagne globalement bien gérée fut cependant marquée à l'été 2021 par la mise en place, dans le cadre de « l'état d'urgence sanitaire » d'un « pass sanitaire » qui fut vécue par certains comme une introduction déguisée d'une « obligation vaccinale anti-Covid-19 » et donc un acte attentatoire à leur liberté de choix. Cet à-coup donna lieu à quelques manifestations, mais n'altéra pas la dynamique de la campagne. Nous avons déjà envisagé cette tension créée par le principe d'obligation en regard du principe de recommandation. Une tension était attendue, certes, mais attisée par ce caractère déguisé d'une obligation assumé par les autorités.

D.R.

Vaccination en Chine.

La pandémie de Covid-19 a certes représenté un impitoyable *crash test* pour notre système de santé qui a « héroïquement » tenu, mais a aussi malheureusement révélé des faiblesses non seulement structurelles, mais aussi éthiques, voire déontologiques lorsque la vaccination, disponible plus vite que prévu, s'est invitée au sein d'une communauté sous tension maximum depuis plusieurs mois.

La surprise fut totale quand se manifesta, au sein de la communauté du personnel soignant, surtout infirmier et aide-soignant hospitalier, une forte défiance envers la vaccination anti-Covid-19, voire par certains d'un véritable refus. Certes minoritaire, mais largement médiatisé sans doute car il semblait paradoxal, et contre toute logique médicale, que des personnels de soin lourdement exposés au virus, souvent contaminés, comme cela avait été le cas lors de la

pandémie en 2003, et à risque en retour de contaminer leurs patients, puissent faire valoir l'argument de leur liberté individuelle de choix de ne pas se faire vacciner dans un contexte qui semblait tenir de la totale irresponsabilité. Les sanctions appliquées font encore débat. Faut-il réintégrer les personnels suspendus, maintenant rares car la grande majorité des récalcitrants sont vaccinés ? L'argument d'émotion le prend alors sur l'argument légal. Comment peut-on punir des professionnels qui se sont comportés avec tant de courage et de dévouement aux moments les plus chauds de la pandémie, les « soldats de première ligne » que l'on applaudissait tous les soirs à 20 h de nos fenêtres ? Débat cornélien…

VII – Le rôle de marqueur sociologique de la vaccination

Les événements que nous avons vécus sont exemplaires de la complexité pour certaines personnes, dans certaines circonstances, de positionner le curseur de leur liberté individuelle de choix et d'évaluer le degré de leur responsabilité vis-à-vis de la collectivité. Certes, les mêmes arguments que ceux de la population générale étayaient l'argumentaire des personnels de soin récalcitrants : vaccins nouveaux, pas assez de recul, pas nécessaire chez les sujets jeunes et sains. S'ajoutait l'argument du professionnalisme, de la formation aux bonnes pratiques de prévention de la transmission des agents pathogènes nosocomiaux. Mais ce ne pouvait être si simple et si technique. Comme pour nos travailleurs du nord de l'Angleterre au XIXe siècle, il faut sans doute voir dans ces attitudes d'expression de la liberté de refuser la vaccination anti-Covid-19 l'expression d'un malaise. Malaise d'avoir été abandonnés au début de la pandémie sans matériel de protection adapté, malaise social surtout de professionnels se sentant socialement et financièrement déclassés dans des hôpitaux où les rapports professionnels demeurent archaïques, dans une tension engendrée par des bouleversements qui depuis trois décennies bousculent l'institution hospitalière : cumul des 35 h et d'une politique de rentabilisation financière qui s'associent pour mettre sous tension ces personnels soignants. Il est dommage que la vaccination se soit trouvée otage de ce profond malaise social qu'il serait bon de prendre en compte. Ces attitudes minoritaires des personnels de soin, par leur aspect inattendu, paradoxal et non déontologique sont de ce fait de sérieux signaux d'alerte qu'il serait bon d'écouter du côté de nos gouvernants.

La vaccination est ainsi à la fois un outil de santé publique et un marqueur de santé sociale, ce sera là ma conclusion !