

Société

# ÉPIDÉMIES, VACCINS ET SANTÉ PUBLIQUE : JUSQU'OUÛ EMPIÉTER SUR LES LIBERTÉS INDIVIDUELLES ?

Gérard Lambert

11/05/2020

**Dans le cadre d'un dossier que la Fondation, en partenariat avec Conspiracy Watch, consacre à la question des vaccins, Gérard Lambert, médecin, détaille les ressorts de la politique de santé publique en matière de vaccination en France et revient sur les pièges à éviter.**

La quarantaine imposée en 1377 aux équipages des navires prêts à accoster dans la cité de Raguse (actuelle Dubrovnik) constitue l'une des premières expressions autoritaires mais rationnelles d'un état pour remédier à une crise sanitaire. Quelques années plus tard, le premier conseil de santé voyait le jour à Venise, il devint permanent à partir de 1486. Bien qu'elle soit polymorphe, difficile à cerner et que son émergence relève plus de la généalogie que de l'histoire, la santé publique s'est notamment constituée en réponse aux grandes épidémies comme le bras armé de la lutte contre les maladies infectieuses, à une époque où elle s'appuyait sur une connaissance empirique et non sur des faits scientifiquement démontrés. Avant d'être un savoir, la santé publique est donc un pouvoir. Les pratiques n'ont guère changé au temps du SRAS-CoV-2. Aux mesures radicales déployées en Chine répond un confinement à géométrie variable imposé par les États selon les moyens à disposition, la structure démographique, les cultures, les organisations sanitaires, institutionnelles et politiques. Restriction de la liberté de circulation, quarantaine, confinement, contrôle autoritaire de la santé des individus comptent parmi les restrictions usuelles des libertés individuelles instaurées en temps d'épidémie. À ces dispositions s'ajoutent avec le Covid-19 des innovations technologiques qui nous paraissent hier dystopiques et qui font aujourd'hui irruption sur la scène pandémique à grand renfort d'intelligence artificielle, de géolocalisation et de drones policiers. Une fois n'est pas coutume, tout le monde semble appeler de ses vœux la mise au point d'un vaccin. Tout le monde ? Non, car même à l'heure de la menace infectieuse les réticences à la vaccination demeurent. Une enquête réalisée par l'Ifop dans le cadre du projet COCONEL indique que si un vaccin contre le SRAS-CoV-2 existait, 26% des Français le refuseraient, une attitude qui prévaut chez 39% des 26-35 ans. On pourrait penser qu'un quart de la population ne s'estime pas concerné par une maladie qui ne met pas directement sa vie en péril, notamment en raison de son

âge, mais c'est aussi la proportion que l'on retrouve fréquemment dans les sondages, ces irréductibles Gaulois qui placent la France en tête des pays européens pour ses réticences vaccinales.

## Paternalisme et altruisme

Dans nos régimes démocratiques, la protection de la santé des populations s'appuie sur des stratégies de prévention qui, en dehors de toute menace imminente, passent encore par l'obligation et l'interdiction. Deux types de mesures coercitives doivent être distinguées : celles qui visent à protéger l'individu avec ou malgré lui, comme la ceinture de sécurité qui n'évite ni l'accident, ni les traumatismes du chauffeur qui vient en face ; et celles qui, en plus du sujet directement visé, contribuent à la santé collective, comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics pour éviter les conséquences délétères du tabagisme passif à ceux qui partagent l'environnement du fumeur. Le problème posé dans le premier cas est celui du paternalisme défini par Gerald Dworkin comme « l'interférence avec la liberté d'action d'une personne justifiée par des raisons qui renvoient exclusivement au bien-être, au bonheur, aux besoins, aux intérêts et aux valeurs de la personne contrainte. » La question est donc de savoir s'il est légitime d'empêcher un individu d'être négligent envers lui-même ou de se nuire. On range généralement les vaccins dans la deuxième catégorie, mais l'affirmation ne vaut pas pour tous. La vaccination contre le tétanos n'a pas pour objectif de stopper la circulation d'une bactérie (*Clostridium tetani*) ubiquitaire présente dans les sols sous forme de spores très résistants, son seul but est de protéger l'individu d'une maladie grave qui engage le pronostic vital. On notera que cette vaccination égoïste, obligatoire depuis 1940, n'a jamais été remise en question dans le débat public. On voit avec cet exemple l'une des difficultés récurrentes du débat sur les vaccins, tous sont réunis sous une bannière commune alors que les raisons de leur recommandation ou de leur obligation diffèrent grandement de l'un à l'autre.

L'avantage collectif de la vaccination concerne les maladies à transmission strictement interhumaine. Au-dessus d'un certain seuil de couverture vaccinale (pourcentage de population vaccinée) fonction de la contagiosité de l'agent pathogène concerné, les rares sujets non vaccinés sont protégés par les autres car la circulation de l'agent infectieux est stoppée ; on parle alors d'immunité de groupe (ou de troupeau...). Le seuil d'immunité de groupe dépend de la contagiosité de la maladie définie par le  $R_0$  ou taux de reproduction qui représente le nombre moyen de personnes contaminées par un malade. Il est obtenu par la formule  $1 - 1/R_0$  car, par définition, lorsque le taux de reproduction passe en-dessous de 1, l'épidémie s'arrête. Ainsi, si un malade transmet le pathogène à deux autres personnes en moyenne, ce seuil est de 50%. Dans le cas de rougeole, maladie hautement contagieuse dont le  $R_0$  est estimé entre 12 et 18, la couverture

vaccinale doit être de 95% pour arrêter la circulation du virus.

Toutefois, lorsque la couverture est élevée mais que ce seuil n'est pas atteint, la réduction du risque de contamination permet aux sujets non vaccinés de parvenir à un âge plus avancé avant de rencontrer le pathogène. Si la gravité des cas de cette maladie augmente avec l'âge, ils seront alors atteints d'une pathologie plus sévère que celle observée avant la vaccination ; c'est ce qui a été constaté au cours des dernières flambées de rougeole avec un plus grand nombre de complications pulmonaires et neurologiques. Ainsi, une vaccination, surtout lorsqu'elle n'atteint pas ses objectifs en termes de couverture vaccinale, peut déplacer des équilibres épidémiologiques. De même, lorsque le pathogène se décline en plusieurs sérotypes qui ne sont pas tous présents dans la préparation vaccinale, on peut observer une recrudescence des souches non couvertes, comme dans le cas de la vaccination contre le pneumocoque (en sachant que le vaccin actuel contient 13 valences alors que le précédent n'en avait que 7). Et, de façon plus générale, l'état d'immunité d'une population peut, en agissant comme une pression de sélection darwinienne, modifier les caractéristiques de la ou des souche(s) circulante(s).

## Qui évalue et qui décide de la politique vaccinale ?

Tous les cas de maladies à protection vaccinale doivent obligatoirement être déclarés aux autorités afin de mettre en place les mesures visant à éviter une éventuelle bouffée épidémique, mais aussi de suivre leur évolution épidémiologique. Chaque année, le calendrier vaccinal est mis à jour d'après les recommandations délivrées par le **Comité technique des vaccinations (CTV)** composé de médecins infectiologues, pédiatres, microbiologistes, pharmaciens, biostatisticiens, médecins de santé publique, etc. Ces recommandations sont principalement basées sur les données épidémiologiques, tant en ce qui concerne les populations touchées que l'évolution des caractéristiques du pathogène, mais aussi sur de multiples autres critères : l'efficacité du vaccin, son profil de tolérance, son coût, ses effets attendus sur l'épidémiologie, l'existence d'autres mesures de lutte contre la maladie, etc. À partir de ces éléments, une balance bénéfique/risque de la vaccination est établie par une démarche fondée sur des données statistiques, alpha et oméga de toute décision en santé publique. Dans le débat public sur les effets indésirables attribués aux vaccins, et au-delà de la réalité de ce lien de causalité, la logique populationnelle entre toujours en conflit avec le cas particulier, souvent dramatique, que semble confirmer une séquence temporelle. Elle est perdante sur le plan émotionnel. D'autant qu'il est impossible d'éprouver personnellement l'efficacité d'un vaccin car on ne peut jamais dire pourquoi un événement n'est pas survenu, alors qu'on peut supposer pourquoi il s'est produit.

Il existe donc une surveillance des maladies à prévention vaccinale et une réévaluation des

politiques sanitaires qui peut se traduire par des changements radicaux de stratégie. Le vaccin contre la tuberculose (BCG), qui n'a pas d'impact sur la circulation du bacille, est devenu obligatoire pour les enfants avant l'âge de 6 ans en 1950, à une époque où la diminution de la mortalité liée à cette maladie s'accélérait grâce à l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'habitat. Face à la prudence du corps médical et aux réticences de l'opinion publique, encore une fois liées à la crainte de complications et à la dénonciation de l'ingérence de l'État dans la vie des citoyens, la couverture vaccinale ne s'est pas généralisée immédiatement. Selon les scénarios les plus probables, on estime que la tuberculose a régressé d'environ 5% par an jusqu'en 1960 grâce à l'amélioration des conditions de vie, et qu'à partir de cette date ce taux est passé à 10-15% par l'adoption d'une politique conjuguée de dépistage, traitement et vaccination des nourrissons. On sait par ailleurs que le vaccin est efficace chez les enfants, en particulier pour les protéger des formes graves de la maladie comme la méningite tuberculeuse, mais qu'il a peu d'effet sur la prévention de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, forme la plus fréquente aujourd'hui dans les pays industrialisés. Face à ces constats et au recul de ce fléau sur le sol français, s'est engagé à partir des années 1980 un débat sur l'arrêt de l'obligation, qui sera finalement promulgué en 2007 au profit d'une politique vaccinale ciblée (enfants et zones à risque). On voit avec cet exemple que le premier facteur de risque de la plupart des maladies infectieuses est le manque d'hygiène et les mauvaises conditions de vie, de sorte qu'il peut être difficile de distinguer ce qui revient aux vaccins et aux facteurs sociaux dans le déclin historique de certaines maladies infectieuses. Mais on peut également retenir que les politiques alliant une lutte contre la précarité à une prévention et une prise en charge curative adaptée des malades ont toutes les chances d'obtenir de bons résultats.

## **Vaccins obligatoires : un abus de pouvoir ?**

L'instrumentalisation de la santé publique peut conduire au pire. Les nazis étaient des champions de l'hygiénisme et de la protection contre les risques sanitaires, ils furent notamment à l'origine des premières campagnes anti-tabac. C'est, entre autres, au nom de "l'hygiène raciale" et de "la protection du corps biologique allemand" que les juifs étaient considérés comme une vermine vectrice de toutes les pestes, en particulier du typhus. Les murs des ghettos furent érigés pour contenir une supposée épidémie dont l'occupant organisait précisément les conditions d'émergence. Arrivés à Auschwitz, hommes, femmes, enfants et vieillards qui pensaient « passer à la désinfection » périssaient asphyxiés par le Zyklon B, ce gaz utilisé en Allemagne depuis 1917 pour éliminer les poux vecteurs du typhus. On pourrait aussi évoquer l'eugénisme qui submergea les grandes nations entre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup> siècle avec le projet de régénérer la race. Réconfortons-nous en pensant que ces funestes réalités appartiennent à l'histoire, mais ne les oublions pas au risque de voir surgir un jour leurs avatars. Le contrôle des citoyens chinois et de

leur expression au décours de la crise du SRAS-CoV-2 en sont témoins.

Plus subtil, infiltré dans les pratiques démocratiques et pétri de bienveillance paternaliste, le biopouvoir de Foucault investit les corps pour les identifier, les tracer et les plier aux normes en vigueur. Rappelons-le, la santé publique est un pouvoir et comme tout pouvoir il peut s'exercer de façon abusive. Faut-il alors considérer que l'obligation de onze vaccins est un abus de pouvoir qui empiète sur les libertés individuelles et contraint les organismes au regard d'une urgence toute relative ? D'autant que les membres du jury de professionnels mobilisés en 2016 autour d'Alain Fischer dans le cadre de la concertation citoyenne sur la vaccination ont rendu des conclusions en faveur d'une meilleure information et d'un accroissement des moyens de la recherche, ils n'ont pas plaidé en faveur de l'obligation. La solution retenue et supposée transitoire procède de la crainte d'une baisse progressive de la couverture vaccinale qui aurait été à l'origine d'une réémergence de maladies infectieuses évitables, comme on l'avait déjà constaté avec les clusters de rougeole. La solution intermédiaire, qui aurait consisté à ne rendre obligatoires que certains vaccins, n'a pas été privilégiée car elle était, selon les autorités sanitaires, source de confusion avec le risque que les vaccinations recommandées mais non imposées soient considérées comme superflues. Enfin, avec le recul et au regard de la pandémie de Covid-19, n'est-il pas préférable d'accepter une injonction vaccinale pour éviter un *shutdown* sans appel assorti d'une réduction drastique de notre liberté de circulation ? Bien sûr, cet exemple force le trait et ne peut être appliqué à la lettre aux onze vaccinations obligatoires, mais la fermeture des écoles en cas de rougeole ou de méningite est en une ébauche.

## Deux pièges à éviter

De la peste noire au sida en passant par la grippe espagnole, les hommes conservent la trace indélébile des grandes épidémies, même s'ils semblent découvrir aujourd'hui qu'ils devront encore apprendre à vivre avec toutes sortes de pathogènes. On mesure avec le SRAS-CoV-2 toute la fragilité de nos organisations économiques, juridiques et sociales face à un ennemi invisible. La perte de confiance, l'introduction d'éléments de confusion dans le débat, la multiplication de conduites irrationnelles dictées par la panique, le débordement du système de santé pourraient rapidement mener au chaos. À une époque où la demande de sécurité va croissante et où le moindre risque devient inacceptable, le renforcement des stratégies préventives apparaît donc comme une réponse adaptée. Pour autant, l'obligation de onze vaccins entretient la confusion sur « les vaccins » en général et elle pourrait s'avérer contre-productive en renforçant les réactions d'opposition et en accréditant une théorie du complot orchestrée par les grands groupes pharmaceutiques. Les potentiels effets négatifs de cette mesure ne semblent pas se confirmer pour l'heure, même si les résistances demeurent et les informations infondées continuent de

circuler. On peut craindre que la désastreuse polémique autour de la chloroquine (ou hydroxychloroquine), portée par un personnage haut en couleur qui semble défier les institutions et livrer un combat au nom de la vérité et de la santé des Français, n'entretienne durablement une image négative de la méthode scientifique, et surtout de ses institutions. « Notre politique vaccinale est incohérente, dépassée et inefficace », affirme Didier Raoult qui, en matière de vaccins aussi, sème la confusion, cette gangrène de nature à envenimer les débats publics et obscurcir les esprits.

Pour améliorer la perception de nos concitoyens, deux pièges sont à déjouer d'urgence. Le débat démocratique autour des politiques de santé doit se poursuivre et les interrogations citoyennes sur les vaccins ne doivent pas rester sans réponse. Il faut également veiller à ce que les tiraillements entre pouvoirs publics et *antivax* ne conduisent pas à une mise sous cloche de la recherche, à une stérilisation des échanges entre scientifiques sur les limites et les potentiels effets indésirables des vaccins. On le voit avec la crise actuelle, les maladies infectieuses évoluent et nous apprenons chaque jour, que cela soit dans l'urgence ou sur des durées plus longues. Sans une recherche active et des faits scientifiquement établis par une méthodologie stricte, la passion l'emporte toujours sur la raison.

## Informer les nouvelles générations

La nouvelle enquête réalisée par la Fondation Jean-Jaurès et Conspiracy Watch livre des résultats à la fois rassurants et inquiétants. Sans surprise, les réticences les plus fortes sont liées aux conflits d'intérêt et aux adjuvants contenus dans les vaccins. Un tiers des Français (33%) considère que le ministère de la Santé et les laboratoires pharmaceutiques sont de mèche pour cacher au grand public la réalité sur la nocivité des vaccins. La défiance vis-à-vis de l'industrie n'est pas une surprise et les « scandales » liés aux médicaments ont amplifié, à tort ou à raison, sa réputation délétère. L'affaire devient complotiste lorsque les institutions publiques sont suspectées de collaborer avec les industriels pour dissimuler la vérité. Les insuffisances des agences sanitaires dans des affaires comme celles du Mediator® participent sans doute de cette défiance, mais là n'est pas la seule raison. Les Français ne se méfient pas seulement des puissances de l'argent, ils ont également une grande défiance à l'égard de leur gouvernement, un résultat régulièrement constaté dans les baromètres européens. Les moins de 35 ans sont plus souvent d'accord avec cette formule complotiste (40%) alors que la majorité d'entre eux n'en avait pas entendu parler auparavant (59%). Même tendance chez les personnes très pessimistes sur l'avenir (56%) et ceux qui se situent le plus à droite sur l'échiquier politique (63% des sympathisants de Debout la France, 54% de ceux du Rassemblement national).

Plus de la moitié des Français (51%) pensent qu'il est prouvé que certains adjuvants contenus dans les vaccins, comme l'aluminium, peuvent être très dangereux. Faut-il s'étonner de ce chiffre considérable après le débat porté en France par Romain Gerhardt (Henri-Mondor, Créteil) dont le tort n'est pas de s'interroger sur cet adjuvant mais de clamer que les institutions se sont ligüées contre lui pour le réduire au silence, alors que tant de scientifiques désespèrent chaque jour d'obtenir des financements pour mener à bien leurs projets de recherche ? Il est intéressant de noter que parmi les sujets abordés dans ce sondage, la nocivité de l'aluminium soit celui dont la plupart des personnes interrogées avaient déjà entendu parler (62%). On mesure ici le retentissement médiatique de ce débat et son impact durable. Le même chiffre avait d'ailleurs été obtenu dans l'enquête Infovac/Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) en 2018. Là encore, les scores sont plus élevés chez les sujets très pessimistes (63%).

Pourquoi peut-on cependant se satisfaire de ces résultats ? Parce que deux ans après l'obligation de onze vaccins, la réticence et les théories complotistes vis-à-vis de la vaccination semblent au pire se stabiliser, et souvent s'améliorer. Ainsi, en décembre 2017, ce sont 66% des personnes interrogées qui étaient convaincues d'une collusion entre industriels et pouvoirs publics pour dissimuler la nocivité des vaccins. D'ailleurs, on notera que les Français se fourvoient par excès lorsqu'on leur demande d'évaluer le nombre de vies sauvées dans le monde grâce aux vaccins : ils sont 42% à répondre 20 millions et seulement 16% à donner la bonne réponse (2,5 millions). On peut pointer ici une mauvaise connaissance de la réalité mais aussi un niveau de confiance (trop) élevé quant à l'impact de la vaccination sur la santé publique. Au total, l'élément à surveiller de près est la forte proportion des moins de 35 ans réceptifs aux thèses complotistes. Un résultat qui incite à la vigilance et à redoubler les efforts envers ces populations.