

# CORONAVIRUS : REGARDS SUR UNE CRISE

La série de contributions "Coronavirus : regards sur une crise" de Terra Nova s'efforce de mettre en partage des réflexions, témoignages et questionnements suscités par la pandémie de Covid-19 et ses multiples conséquences. Nous ouvrons à cette occasion nos pages à des partenaires d'horizons variés, témoins, acteurs, experts. Les idées qui y sont exposées ne reflètent donc pas toujours les positions collectives de Terra Nova.

## VACCINATION DES ENFANTS CONTRE LE COVID-19 : ÉCLAIRER LE CHOIX DES PARENTS

09 novembre 2021 | Par Mélanie Heard, philosophe et docteure en science politique, anime le pôle santé de Terra Nova. Elle est membre du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale. Ses propos sont strictement individuels et n'engagent en aucun cas cette instance.

**Les arguments pour repousser l'urgence de vacciner les enfants contre le Covid ne résistent pas à l'examen ; un débat public mieux nourri doit être favorisé en amont des décisions à venir.**

Alors que les Etats-Unis viennent d'autoriser et de recommander la vaccination des enfants de 5-11 ans contre le Covid-19, en France le message des responsables est à l'attentisme : les autorités annoncent ces jours-ci que, lorsque le dosage pédiatrique sera autorisé par l'autorité européenne de sécurité du médicament, sans doute en décembre, elles ne recommanderont pourtant pas encore aux parents français de vacciner leurs enfants.

Quels arguments justifient pareille circonspection française ? Différences entre la situation des enfants face au Covid entre la France et les Etats-Unis ? Faible nombre d'hospitalisations et de décès chez les enfants français ? Crainte que les essais cliniques n'aient pas permis d'évaluer suffisamment le risque d'effets indésirables, et volonté d'en savoir plus en observant d'abord l'impact de la campagne de vaccination pédiatrique américaine en vie réelle ? Le travail consiste ici à montrer que tous les arguments avancés reposent in fine sur une même prémisse : il n'y aurait de justification à vacciner urgemment les enfants que s'ils étaient bien plus nombreux à être gravement malades ou à mourir. Une prémisse donc qui relève éminemment d'un choix de valeurs, qui engage une pondération sensible, et dont on fait ici valoir qu'elle mériterait au minimum d'être explicitée et débattue publiquement.

La vaccination des enfants âgés de 5 à 11 ans contre le Covid vient d'être recommandée le 2 novembre par l'ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices*), l'organe d'expertise sur la vaccination auprès des CDC américains. La *Food and drug administration* (FDA), l'agence américaine du médicament, avait validé quelques jours plus tôt le schéma vaccinal soumis par Pfizer BioNTech, avec un dosage pédiatrique spécifique. La Maison blanche affiche sa mobilisation totale pour vacciner d'ici Noël les 28 millions d'enfants américains de cette tranche d'âge<sup>[1]</sup>. Au total, le processus de délibération qui vient d'aboutir concentre des arguments d'expertise concernant à la fois le produit lui-même, son dosage pédiatrique, sa sécurité et ses éventuels effets indésirables, son efficacité, ainsi que, dans une approche de santé publique et d'aide à la décision, des arguments concernant l'épidémiologie du Covid chez les enfants, son intensité, la gravité de son impact et l'opportunité de protéger les enfants par un vaccin. Que ce soit à la FDA ou à l'ACIP, les délibérations ont été intégralement retransmises en direct (ce qui n'est pas le cas pour des délibérations comparables en France, par exemple à la commission technique des vaccinations de la Haute autorité de santé, dont les procès-verbaux sont mis en ligne ex post +/- 10j). Les débats ont montré une forte convergence de vues entre les experts, avec en particulier à l'ACIP une quasi-absence de fait de toute controverse dans le cheminement consensuel vers la recommandation finale votée à l'unanimité des quatorze membres.

Ce processus de délibération contraste singulièrement avec le paysage qui entoure cet enjeu en France. Pour l'Europe, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a lancé mi-octobre son évaluation et devrait se prononcer sur la demande d'autorisation de Pfizer d'ici Noël. Il appartiendra ensuite à la Haute autorité de santé (HAS) de recommander aux autorités la stratégie appropriée pour la France : au minimum, autoriser le remboursement, au maximum, proposer une campagne vaccinale organisée incitant les soignants à proposer la vaccination et les parents à vacciner leurs enfants - une stratégie intermédiaire possible pouvant être par exemple de ne le recommander que pour les enfants à risque ou vivant auprès d'adultes à risque. A ce stade, en France comme aux Etats-Unis d'ailleurs, aucune forme d'obligation vaccinale n'est bien sûr envisagée. Ce sur quoi le Gouvernement aura à statuer dans les mois qui viennent, c'est spécifiquement sur l'intensité de la recommandation qu'il adressera aux parents de vacciner ou non leurs enfants.

Mais au lendemain du vote de l'ACIP, les titres des médias français restent clairement dubitatifs, posant la question de l'opportunité de la vaccination pédiatrique en France : « Faut-il suivre l'exemple américain ? », « Faut-il vacciner les enfants ? ».

---

[1] <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/press-briefings/2021/11/01/press-briefing-by-white-house-covid-19-response-team-and-public-health-officials-65/>

De fait, du côté des autorités, il n'y a pas eu, à ce jour, d'annonce gouvernementale quant à une commande de dosages pédiatriques Pfizer, et les positions prises restent très circonspectes : pour Jean-Michel Blanquer le 8 novembre, « on est encore très très attentifs, très prudents, nous n'excluons rien sur ces sujets-là mais enfin ne nous précipitons pas ». De même du côté des experts, les expressions demeurent frileuses : "Il n'y a pas d'urgence, en France, aujourd'hui, à vacciner les 5-11 ans", estime ainsi le pédiatre et infectiologue Robert Cohen, président du Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique au sein de Société française de pédiatrie, très présent sur ce sujet dans les médias ; pour Alain Fischer, de même, « la France peut se permettre d'attendre un peu »[2]. Un article des Décodeurs du Monde en date du 30 octobre adopte une tonalité globalement sceptique sur la balance bénéfique/risques de cette vaccination dans notre pays, citant plusieurs experts de référence du sujet. Aucune opposition frontale, certes, de la part d'experts que tout porte à soutenir par principe la vaccination en général. Mais une tendance diffuse à repousser l'horizon de cette vaccination pédiatrique Covid, à l'indexer à d'autres considérations qui en diluent l'urgence et même l'opportunité : besoin de données supplémentaires, insuffisance des connaissances disponibles sur les éventuels effets indésirables, incertitude sur l'évolution de l'épidémie, indécision sur le bénéfice recherché entre intérêt direct des enfants et intérêt collectif pour le contrôle de l'épidémie, faible prévalence des facteurs de risque de formes graves chez les enfants, probable réticence des parents... Plusieurs arguments sont utilisés pour délayer le sujet.

Le besoin de données probantes, d'abord. A de multiples reprises ces derniers mois, les experts scientifiques comme les autorités ont refusé d'évoquer la perspective de vacciner les enfants : « pas d'actualité » pour Jean-Michel Blanquer en août ; « pas avant plusieurs mois » pour Olivier Véran à la rentrée ; « on n'en est pas du tout là » pour Jérôme Salomon en septembre. A chaque fois, l'attente des résultats des essais cliniques Pfizer en cours motivait bien sûr cette prudence légitime. Mais les tournures négatives choisies contrastaient singulièrement avec le « jour tant attendu » vanté par les autorités américaines depuis plusieurs mois. De même chez les experts scientifiques, la publication, fin septembre, d'un communiqué de presse Pfizer BioNTech annonçant des résultats très favorables déclenchait des prises de position sceptiques : trop peu d'enfants inclus, et un critère de jugement sujet à caution. Qu'en est-il en pratique ? Les données d'efficacité présentée dans le dossier Pfizer BioNTech de demande d'autorisation d'urgence auprès de la FDA[3] sont basées sur une étude randomisée et contrôlée par placebo en cours, qui a inclus environ 4 700 enfants âgés de 5 à 11 ans aux États-Unis, en Finlande, en Pologne et en Espagne.

---

[2] *La Montagne*, 6/11/2021 ; [https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/vaccination-des-enfants-pourquoi-la-france-ne-va-pas-suivre-tout-de-suite-l-exemple-americain\\_14040995/](https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/vaccination-des-enfants-pourquoi-la-france-ne-va-pas-suivre-tout-de-suite-l-exemple-americain_14040995/)

[3] <https://www.fda.gov/media/153409/download>

Les enfants du groupe vaccin ont reçu à trois semaines d'écart deux doses du vaccin dosé à 10 microgrammes d'ARN messenger par dose (le dosage pour les adultes et les adolescents étant de 30 microgrammes). Les données de sécurité transmises à la FDA incluent plus de 3 100 enfants vaccinés (1 538 placebo) dont 1444 ont été suivis pendant au moins 2 mois après la deuxième dose, au cours d'une période où le variant Delta était dominant.

Du fait de la rareté des formes graves chez l'enfant, leur fréquence ne pouvait pas constituer le critère de jugement pertinent de l'efficacité dans cet essai ; à la place, l'essai reposait sur une mesure de la réponse immunitaire (taux d'anticorps) chez les enfants, pour la comparer à celle retenue comme protectrice chez les adultes. La FDA a analysé les données qui comparaient la réponse immunitaire de 264 enfants dans cette étude à 253 participants âgés de 16 à 25 ans vaccinés dans une étude précédente ayant déterminé que le vaccin était efficace pour prévenir le COVID-19. Les réponses immunitaires des participants plus jeunes étaient comparables à celles des participants plus âgés, et l'essai démontre donc que les enfants vaccinés atteignent les niveaux protecteurs d'anticorps observés chez les adolescents et adultes protégés par la vaccination. En complément, les résultats incluaient une évaluation des survenues d'infections symptomatiques dans les deux bras au moins 7 jours après la deuxième dose, et concluent à une efficacité du vaccin de 90,7% contre les formes symptomatiques.

En France cependant ces résultats ne convainquent pas encore. « L'effectif de patients n'est pas suffisant pour dépister un effet indésirable rare » affirmait Robert Cohen au 20H de TF1 le 21 octobre dernier. C'est la principale critique à l'encontre de ces résultats : la taille de l'échantillon, trop faible pour repérer les effets indésirables rares et, en particulier, qualifier le risque de myocardite qui concentre toutes les inquiétudes, plusieurs publications ayant déjà montré ces derniers mois un surrisque de survenue après la deuxième injection, en particulier chez les garçons de 12-17 ans. Ce risque a bien sûr été spécifiquement discuté lors des délibérations à la FDA comme à l'ACIP. Premier point de consensus méthodologique : l'extrême rareté de cet effet secondaire rend de toutes façons impossible la constitution d'un échantillon de taille suffisante pour faire progresser les connaissances dans le cadre d'un essai clinique. Seules les données à venir « en vie réelle » permettront d'en savoir davantage. Il faut donc raisonner par analogies. Matt Oster, cardiologue pédiatrique du CDC, a rappelé à l'ACIP que la plupart des cas de myocardite après la vaccination sont bénins et de courte durée.

Au vu des connaissances actuelles sur les myocardites classiques et leurs facteurs de risque infectieux, le risque de myocardite chez les 5-11 ans est susceptible d'être plus faible que chez les adolescents et jeunes hommes, a déclaré Oster, concluant que l'infection par le Covid est plus susceptible de déclencher une myocardite que le vaccin : « avoir le Covid est beaucoup plus risqué pour le cœur qu'être vacciné, quels que soient l'âge et le sexe », a-t-il affirmé.

Un autre ordre d'arguments pour repousser l'horizon de la vaccination des enfants concerne, non pas les risques, mais cette fois l'insuffisance des bénéfices. Ici, on invoque en particulier d'abord l'incidence et les projections pour le futur de l'épidémie. La vaccination n'étant bénéfique que si le risque d'exposition est avéré, on entendait très volontiers, ces derniers mois, chez les experts, une position d'optimisme assumé : d'ici à ce que les données soient examinées par le régulateur et les décisions prises, si l'épidémie continue de régresser, il n'y aura peut-être tout bonnement plus lieu de vacciner les enfants, faute d'exposition virale. Un raisonnement que les dernières données d'incidence, désormais de nouveau à la hausse, rendent obsolète, mais qui pourrait expliquer en partie la propension des autorités cet été à décrire la vaccination pédiatrique comme un horizon hypothétique et lointain.

Mais l'évaluation des bénéfices de la vaccination risque de jouer surtout à un autre niveau : sur la réalité du risque Covid qu'elle permet d'éviter chez les enfants. Il y a d'abord la question de savoir si le bénéfice recherché est un bénéfice individuel direct pour les enfants, ou bien un bénéfice collectif pour la population générale, médié dans ce cas par le contrôle de la contribution qu'y apporte la circulation virale chez les enfants. En d'autres termes, veut-on vacciner les enfants pour les protéger eux-mêmes de l'infection, ou bien pour protéger les adultes et la population dans son ensemble ? De fait, depuis l'élargissement de la vaccination aux 12-17 ans en juin dernier, la population des moins de 12 ans est la dernière au sein de laquelle, hors masques et gestes barrières, le virus circule sans entraves, ce qui conduit les épidémiologistes à décrire cette population comme un « réservoir » obérant nos chances de contrôler l'épidémie, voire favorisant l'émergence de nouveaux variants.

L'hypothèse d'une telle finalité « solidaire » de la vaccination des enfants, aux fins de protéger la population dans son ensemble et non de les protéger eux, a-t-elle un sens ? Le débat est volontiers placé sur ce terrain-là, en particulier dans les médias : le bénéfice individuel serait mineur pour les enfants, le seul argument éventuel à considérer résiderait dans le bénéfice collectif pour la protection de tous.

Et dès lors, pour démonter cet argument, c'est l'invocation de l'éthique qui est actionnée, comme cela avait été le cas lors du débat sur la vaccination des adolescents au printemps dernier ; le Comité consultatif national d'éthique, qui y était hostile, avait statué qu'il n'était pas moral de vacciner un groupe de population pour la seule raison qu'il contribue à l'épidémie – de le vacciner, en somme, par simple solidarité avec des populations fragiles – si le virus ne constitue pas directement pour ce groupe un risque avéré. Cette position de type individualiste est d'abord discutabile en elle-même. A la fois parce que le contrôle de l'épidémie constitue de toutes façons un bénéfice direct pour l'ensemble de la population, exposée quel que soit l'âge à la fois à l'impact de l'épidémie, à l'inquiétude qu'elle engendre et au poids des mesures de contrôle ; et parce que la dimension solidaire de protection des plus fragiles est consubstantielle à la culture vaccinale, et mérite d'être défendue. Au surplus, ce raisonnement éthique n'aurait de sens que pour une population dont on ferait l'hypothèse qu'elle est strictement invulnérable aux effets directs du virus, au point de n'attendre aucun bénéfice direct de la vaccination – hypothèse qui relève de la fiction, aussi bien pour les adolescents que pour les enfants.

Il faut donc passer à la discussion sur la réalité du risque Covid chez les enfants, déterminant le bénéfice qu'ils tireront de la vaccination. Comme le soulignent certains commentateurs américains, le fait que le risque pédiatrique du Covid ait d'abord été observé à Wuhan en période de confinement des enfants a fait grand tort, en conduisant à minimiser considérablement la réalité du risque. Depuis maintenant de nombreux mois, Anthony Fauci, le principal responsable de la lutte contre le Covid à la Maison blanche, sonne l'alarme et ne ménage pas ses efforts pour réaffirmer partout que le Covid, même s'il est souvent bénin chez les enfants, constitue un risque réel dont ils doivent impérativement être protégés : «ceux qui disent "non, non, pas de problème avec les enfants" doivent regarder les faits»<sup>[4]</sup>. Pour l'ACIP, le consensus est clair : Rochelle Walensky, la directrice du CDC, a largement souligné devant un comité pleinement réceptif l'effet délétère du virus chez les enfants, en termes à la fois d'incidence (1,9 million de cas enregistrés chez les 5-11 ans), d'hospitalisations (8.300, dont un tiers en soins intensifs), et de décès (au moins 94, soit la huitième cause de décès pédiatriques sur l'année écoulée). Les estimations de séroprévalence du CDC, selon lesquelles 38% des 5-11 ans auraient été infectés, restent discutées mais soulignent en tous cas la sous-détection des cas. Enfin, la réalité du Covid-long pédiatrique, avec des symptômes plusieurs semaines après l'infection, est reconnue comme une variable à part entière pour évaluer l'impact du Covid chez les enfants. Au total, dans son analyse bénéfice-risque, l'ACIP retient notamment pour argument que, pour chaque million de doses administrées dans cette tranche d'âge, ce sont 58.000 cas et 226 hospitalisations d'enfants qui seraient évitées.

[4] A.Fauci, Meet the Press, CNBC, 8/8/21



La tonalité est incroyablement différente du côté des experts français. « On nous avait promis que le variant Delta créerait des foyers à l'école, on ne les a pas vus », affirme ainsi Robert Cohen interrogé fin octobre par les Décodeurs du *Monde*[5]. Le risque de décès, en particulier, est selon lui « infinitésimal » : « Chez les enfants, le Covid tue beaucoup moins que les méningites, les varicelles, ou encore les rotavirus, des maladies contre lesquelles on ne vaccine pas ». Dans le même article, la présidente de la Société française de pédiatrie, Christèle Gras-Le Guen l'affirme sans ambages : « on ne va pas se mentir, les risques pour cette classe d'âge sont quasi nuls ».

Décès rarissimes, hospitalisations exceptionnelles, infections moins fréquentes et bénignes, le tableau rassurant est clairement assumé du côté des experts français, avec en outre une invisibilisation totale du Covid-long pédiatrique, encore absent de nos radars médiatiques et dont la HAS considère qu'il n'est pas encore étayé par des données suffisamment probantes[6]. Comment expliquer cette divergence considérable avec l'épidémiologie décrite outre-atlantique ?

On souligne fréquemment la moindre prévalence des facteurs de risque de formes graves chez les enfants français, en particulier l'obésité, mais aussi l'hypothèse de certains facteurs génétiques de prédisposition liés à l'origine ethnique, sans corpus de connaissances véritablement stabilisé à ce stade. C'est la comparaison des prévalences d'obésité infantile entre France et Etats-Unis qui motiverait ainsi l'opportunité, pour la France, de ne pas aborder la vaccination avec la même urgence : aux Etats-Unis, « beaucoup plus d'enfants sont hospitalisés pour des formes graves, liées au fait que beaucoup d'enfants sont en situation d'obésité là-bas », notait ainsi Alain Fischer le 6 novembre dans *La Montagne*[7]. En France, la dernière enquête déclarative ObEpi fin 2020 suggère que 18% des enfants de 2 à 7 ans et 6% des enfants de 8 à 18 ans sont concernés par l'obésité (IMC>30 kg/m<sup>2</sup>)[8]. Le Programme national nutrition santé, sur la base de l'enquête Esteban 2015, retient, lui, des prévalences nettement moins inquiétantes : 4% d'enfants de 6-17 ans obèses et 17% en surpoids[9].

---

[5] [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/10/30/covid-19-faut-il-vacciner-les-moins-de-12-ans-le-point-sur-ce-que-l-on-sait-des-benefices-et-des-risques\\_6100405\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/10/30/covid-19-faut-il-vacciner-les-moins-de-12-ans-le-point-sur-ce-que-l-on-sait-des-benefices-et-des-risques_6100405_4355770.html)

[6] A la date du 1/06/2021, compte-rendu de la CTV-HAS : « La question du Covid long ne pourra être prise en compte que lorsque des études complémentaires comparatives auront été menées », [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/proces\\_verbal\\_ctv\\_01\\_06\\_2021.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-10/proces_verbal_ctv_01_06_2021.pdf)

[7] [https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/vaccination-des-enfants-pourquoi-la-france-ne-va-pas-suivre-tout-de-suite-l-exemple-americain\\_14040995/](https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/vaccination-des-enfants-pourquoi-la-france-ne-va-pas-suivre-tout-de-suite-l-exemple-americain_14040995/)

[8] <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>

[9] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexe\\_pnns4\\_alimentation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexe_pnns4_alimentation.pdf)

Quoi qu'il en soit, l'impact du facteur socio-économique est désormais largement démontré, avec dans l'enquête ObEpi 75% des 8-17 ans en surcharge pondérale qui sont « issus de catégories populaires, soit 9 points de plus que dans la population générale ». Aux Etats-Unis, la prévalence de l'obésité chez les enfants est une préoccupation majeure, puisqu'elle concerne selon le CDC 13,4% des 2-5 ans, 20,3% des 6-11, et 21,2% des 12-19[10]. Le CDC souligne l'impact de l'origine ethnique, de même que le fort gradient social qui affecte ces prévalences.

Deux points méritent discussion à ce stade.

D'une part, la question se pose de savoir si une prévalence plus faible de l'obésité chez les enfants français, comparés aux enfants américains, doit justifier une forme de prudence accrue, voir d'attentisme, sur la vaccination Covid. De fait, dans les positions de l'ACIP américaine, comme d'ailleurs par exemple dans la position de l'Académie européenne de pédiatrie en faveur de la vaccination des enfants, on ne voit pas d'arguments explicites indexant la pertinence de la vaccination à la prévalence de l'obésité infantile[11]. Que recouvre le raisonnement qui consiste à dire que la prévalence moindre d'un facteur de risque, parce qu'il explique une moindre prévalence des formes graves pédiatriques, atténue l'urgence de la prévention ? A poursuivre un tel raisonnement, il semble qu'il faille assez vite s'accorder sur la difficulté de fixer un seuil en-deçà duquel la prévalence de ce facteur de risque rendrait la précaution non-urgente. Quelle pondération affectera les formes graves évitées par la vaccination, surtout dans une population d'enfants, avec en outre une nette détermination socio-économique ? Voudra-t-on raisonner dans un registre moral a priori (un certain nombre de formes graves est supportable), ou bien dans un registre de coût-efficacité, ou bien en fonction du risque de saturation des réanimations pédiatriques, ou encore dans un registre d'utilité bénéfice-risques ? Dans tous les cas, il semble que la recherche d'un seuil consensuel de prévalence de l'obésité infantile en-deçà duquel le risque de formes graves soit supportable sera forcément délicate, voire aporétique. On ne voit pas immédiatement quelle nature d'arguments résisterait avec rigueur à l'idée qu'un très petit nombre de formes graves, voire de décès, évités, motive de toutes façons a priori une précaution maximale et urgente.

D'autre part, il faut bien noter que les données versées à ce débat ne garantissent pas sa parfaite intelligibilité. Tout est affaire d'évaluation des bénéfices attendus, et donc du risque lié à la contamination par le Covid chez les enfants. Pour annoncer le lancement de la campagne vaccinale pédiatrique américaine ces jours-ci, on parle dans les médias français d'un risque « 5 à 10 fois supérieur » de formes graves pour les enfants américains par rapport aux enfants français.

[10] <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>

[11] <https://www.eapaediatrics.eu/news-docs/news-updates-2/>



Difficile pourtant de statuer en toute transparence. D'une part parce que les données françaises accessibles en matière d'hospitalisations et de décès Covid ne permettent pas d'isoler pour l'instant la tranche d'âge des 5-11 ans : on les connaît pour les 0-9 ans (4004 admissions à l'hôpital et 10 décès), et pour les 10-19 ans (4 247 admissions et 10 décès). D'autre part parce que le dénominateur qui permettrait de calculer un ratio des formes graves rapportées au nombre de cas reste très incertain : avec un sous-dépistage d'autant plus fort que les enfants sont souvent asymptomatiques, quelle proportion des cas réels représentent les cas détectés (325.683 chez les 0-9, et 989.998 chez les 10-19) ? On évoque parfois un facteur 3, ce qui conduirait donc à une hypothèse de 4 millions de mineurs contaminés à ce jour. Face à cette incertitude, l'ACIP se réfère aux données de séroprévalence (estimée à 38% dans cette tranche d'âge aux Etats-Unis), qui sont bien moindres en France, avec selon la dernière estimation disponible de Santé publique France, 18,2% des 0-9 et 23,2% des 10-19 qui présentaient des anticorps, acquis soit par l'infection soit par la vaccination, en juin dernier[12]. Au total donc, le débat à venir aura vraisemblablement besoin d'un effort significatif de transparence sur l'épidémiologie du Covid dans la tranche d'âge des 5-11 ans.

Mais ce qui demeure surtout frappant, au-delà de l'appréciation du risque de forme grave, c'est le silence français sur le risque de conséquences sanitaires à long terme de l'infection, qu'on l'appelle ou non Covid-long pédiatrique. Lors de la conférence de presse de lancement de la campagne vaccinale pédiatrique à la Maison blanche le 3 novembre, Anthony Fauci a souligné la réalité de cet impact à long terme, qui pourrait concerner selon lui 4 à 6% des enfants infectés[13]. Mais pour la présidente de la Société française de pédiatrie, qui déclare ne recenser en France que très peu de cas correspondant à ce tableau, le sujet est, au mieux, mineur au regard des effets sur les enfants du confinement et des mesures de contrôle de l'épidémie : « Ce qui nous inquiète, ce n'est pas le Covid long, que je ne nie pas, c'est l'explosion de demandes en santé mentale liée aux effets de la crise sanitaire »[14]. La mobilisation des pédiatres sur le Covid-long pédiatrique est pourtant forte dans d'autres pays: l'association des pédiatres américains recommande un suivi systématique des enfants pour le repérage des signes persistants de l'infection[15], le NHS britannique propose depuis cet été des centres d'accueil dédiés aux enfants souffrant de Covid-long, etc.

---

[12] Santé publique France, point épidémiologique hebdomadaire du 9 septembre 2021

[13] <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/press-briefings/2021/11/03/press-briefing-by-white-house-covid-19-response-team-and-public-health-officials-66/>

[14] voir l'article du *Monde* sur le Covid long pédiatrique le 5/10/21 : [https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/10/05/covid-long-les-enfants-et-les-ados-dans-le-brouillard-medical\\_6097133\\_1650684.html](https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/10/05/covid-long-les-enfants-et-les-ados-dans-le-brouillard-medical_6097133_1650684.html)

[15] <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/post-covid-19-conditions-in-children-and-adolescents/>

Rien de tel en France, où parents et enfants n'ont accès à aucune information pour repérer d'éventuels symptômes de ce type. La prudence commande pourtant de prêter la plus grande attention à ces séquelles durables et encore mal comprises, même en l'absence de données parfaitement satisfaisantes au plan méthodologique pour décrire leur réalité dans la population pédiatrique : pour l'Académie américaine de pédiatrie, « il est urgent de collecter davantage de données sur les impacts à long terme de la pandémie sur les enfants, y compris les façons dont le virus peut nuire à la santé physique à long terme des enfants infectés »[16].

A l'inverse, pour la Société française de pédiatrie : « Compte tenu des connaissances disponibles en cette rentrée 2021, il apparaît clairement que le principal danger de la COVID-19 pour l'enfant n'est pas celui de développer une forme grave de la maladie (environ 600 cas de PIMS[17] répertoriés à ce jour) mais bien celui d'affecter leur santé mentale par des mesures répétées de fermeture de classe et de confinement, d'entraves au développement des liens sociaux que permet toute collectivité et une culpabilisation déraisonnable concernant leur rôle dans la pandémie ». Les positions de la société savante ont toujours été cohérentes avec ce point de départ et l'ont amenée à militer contre le renforcement du protocole sanitaire à l'école, arguant que, « au bout du compte le virus ne tuera que très peu d'enfants à l'école et, quand bien même il circulerait, ça ne serait pas épouvantable »[18]. Se sont ainsi succédées ces derniers mois des prises de position contre le masque en maternelle (une piste « loufoque »[19] selon elle, à rebours du CDC et de l'association américaine de pédiatrie qui le recommandent dès 2 ans) ; pour la fin de l'obligation du masque au primaire dès juin dernier (« Il n'y a pas, actuellement, de raison scientifique de maintenir le masque pour les moins de 11 ans »[20]) ; contre, aujourd'hui, la décision du Gouvernement de rétablir à la rentrée de la Toussaint l'obligation du masque à l'école dans les départements où l'incidence a augmenté (une décision qui « n'a pas de sens »[21]) ; contre la quarantaine systématique des classes au premier cas ; et enfin, aujourd'hui, pour définir la vaccination des enfants de 5-11 ans comme non-urgente.

[16] <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>

[17] Syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique, parfois désigné comme syndrôme de Kawasaki dans les médias

[18] *Marianne*, 25/08 <https://www.marianne.net/societe/sante/rentree-le-covid-nest-pas-dangereux-pour-les-enfants-sinon-pour-leur-sante-mentale>

[19] <https://www.lci.fr/societe/covid-19-porter-le-masque-des-l-age-de-2-ans-pour-les-enfants-absolument-loufoque-selon-des-pediatres-francais-2193422.html>

[20] C.Gras-Le Guen, *Le Monde* du 11/06/21, [https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/11/covid-19-si-les-ecoliers-pouvaient-finir-l-annee-non-masques-ce-serait-un-symbole-fort\\_6083749\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/11/covid-19-si-les-ecoliers-pouvaient-finir-l-annee-non-masques-ce-serait-un-symbole-fort_6083749_3224.html)

[21] C.Gras-Le Guen, *Ouest-France* du 3/11/21, <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/retour-du-masque-a-l-ecole-ca-n-a-pas-de-sens-juge-la-societe-francaise-de-pediatrie-80aaf1c6-3cb0-11ec-b2dd-875829662230>

Comment comprendre cette vision si éloignée de l'ambiance triomphale qui domine aux Etats-Unis à l'ouverture de la campagne pédiatrique ? Il faut d'abord identifier un refus de reconnaître la contagiosité des enfants, qui singularise nettement cette position française : « Nous ne cessons de le dire depuis dix-huit mois : les moins de 12 ans sont peu affectés par l'infection Covid et non-contagieux » va jusqu'à affirmer la présidente de la Société française de pédiatrie dans *Ouest-France* le 3 novembre, prenant donc désormais le strict contrepied du discours des pédiatres ou du CDC américains, mais aussi des épidémiologistes français et du Conseil scientifique, qui ont certes fait une large place aux interrogations sur la moindre contagiosité des enfants par rapport aux adultes (point qui a fait débat et semble d'ailleurs de plus en plus contesté), mais qui n'ont jamais retenu l'hypothèse d'une contagiosité nulle des enfants.

D'où peut donc venir pareille radicalisation des positions chez les pédiatres français ? Alors que le débat sur la vaccination des enfants s'annonce pour le cœur de cet hiver, en pleine campagne présidentielle donc, le point mérite attention. Avec une forte médiatisation liée aux annonces américaines ces jours-ci, la position des pédiatres français pour minimiser le risque Covid chez les enfants est loin d'être anodine : c'est une parole qui peut s'avérer déterminante à l'avenir pour le choix que feront les parents le moment venu, alors qu'une minorité d'entre eux se déclare pour l'instant encline à vacciner les enfants : 62% de ceux qui ont des enfants dans cette tranche d'âge y seraient aujourd'hui défavorables, selon une étude récente<sup>[22]</sup> La crainte, légitime, que la perspective de vacciner les enfants alimente fortement l'opposition anti-vax est dans toutes les têtes. Mais, a contrario, ce serait sans doute à tort qu'une telle anticipation alimenterait les décisions publiques<sup>[23]</sup> : c'est là l'une des leçons les plus nettes des débuts de la campagne vaccinale au début de l'année 2021, manifestée par une adhésion vaccinale, dès avant l'introduction du passe sanitaire, que les données d'intention à l'automne 2020 ne permettaient pas d'espérer.

Dans l'appréhension de la vaccination des enfants aujourd'hui, il semble qu'en réalité deux visions normatives de la santé des enfants s'affrontent. Du côté des pédiatres, la revendication qui est en jeu, c'est que la politique de santé considère les besoins spécifiques des enfants : « La manière dont on a considéré les enfants, ces quinze derniers mois, est peut-être finalement révélatrice de la place qu'on leur donne dans la société : on les a considérés comme des êtres sans besoins spécifiques » affirme Christèle Gras-Le Guen. Ce plaidoyer s'ancre dans une lutte importante et ancienne pour la reconnaissance des particularités de la santé des enfants et de l'attention spécifique que demandent les soins qu'on leur apporte.

---

[22] J.Ward, enquête SLAVACO vague 2, 2015 répondants fin septembre 2021

[23] A.Hommel, S.Mandel, *Le Monde*, 10/01/2021 ; [https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/01/10/considerer-qu-une-majorite-de-francais-est-opposee-au-vaccin-est-une-illusion\\_6065788\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/01/10/considerer-qu-une-majorite-de-francais-est-opposee-au-vaccin-est-une-illusion_6065788_3232.html)

Le plaidoyer fondamental de la pédiatrie repose sur l'idée que l'enfant, selon le mot d'Abraham Jacobi qui fut l'un des pionniers de cette spécialité à la fin du XIXe siècle aux Etats-Unis, n'est « pas un adulte miniature ». Ce combat essentiel s'illustre par exemple dans le plaidoyer de certains pédiatres, ces dernières décennies, pour la prise en charge de la douleur des enfants, si longtemps niée et jusqu'à encore récemment. Un combat qui demeure central encore aujourd'hui dans l'attention portée aux conditions d'hospitalisation des enfants : on pense par exemple aux actions remarquables de l'association Sparadrapp pour que les parents soient mieux associés aux soins de leur enfant hospitalisé, et pour qu'ils puissent notamment être auprès de lui en salle de réveil après une intervention chirurgicale. Avec l'épidémie de Covid, le caractère insupportable des situations d'isolement connues par les enfants hospitalisés pendant le confinement, les difficultés d'accès aux soins des enfants vulnérables durant cette période, et l'inquiétude devant les chiffres alarmants concernant la santé mentale des mineurs, ont ravivé ce plaidoyer. C'est ce paradigme de valeurs, ancré dans un combat que les dernières décennies ont certes fait avancer mais qui reste pleinement d'actualité, qui semble guider certaines des positions prises par les pédiatres. La santé des enfants ne se régule pas avec les schémas des adultes, elle doit intégrer une attention particulière aux besoins, aux inquiétudes notamment, qu'ils rencontrent lorsqu'ils sont malades mais aussi dans leur quotidien.

Reste qu'en l'espèce, le discours qui a été construit sur le Covid chez les enfants revient pour partie aujourd'hui à battre en brèche l'attention même qui serait due aux enfants. On voit mal comment justifier, en effet, qu'à considérer les besoins spécifiques des enfants on puisse revendiquer qu'ils constituent la seule population qu'on protège mal : la seule population qui passe ses journées à trente sans masque dans des salles de classe mal aérées, la seule population qui fréquente une restauration collective sans distanciation tout l'hiver dernier, la seule population, enfin, dont la vaccination ne serait « pas urgente » aujourd'hui. On conçoit encore mal comment a pu s'installer dans notre pays le discours selon lequel un virus, parce qu'il tue à un rythme « infinitésimal » et « moins » d'enfants que d'autres maladies, rend inutile l'alarme et la mobilisation urgente et déterminée des moyens disponibles. Si les enfants ne sont « pas des adultes miniatures », n'est-ce pas justement au sens où, plus encore que les adultes, ils demandent que toutes les précautions soient prises pour les protéger ? Les générations de pédiatres qui ont succédé au docteur Jacobi ont développé des stratégies cliniques pour protéger les enfants des risques toujours plus faibles de maladies graves. Arguer d'un faible nombre de décès pour contester la pertinence des moyens de les éviter paraît moralement d'autant plus surprenant qu'il s'agit d'enfants.

La question est-elle donc de déterminer le nombre de décès évitables à partir duquel considérer que la pathologie est grave, le risque significatif, les mesures de prévention cruciales, la vaccination urgente ? Si l'argument avancé est qu'il n'y a que peu de morts, faut-il entrer dans une logique de pesée comparée des nombres de décès d'enfants entre pathologies ? Les experts du CDC se sont livrés à l'exercice devant l'ACIP, soulignant que le Covid aura tué davantage d'enfants, sur une année, que ne le font d'autres maladies : 3 décès d'enfants annuels en moyenne aux Etats-Unis pour l'hépatite A au début des années 1990, 16 pour la varicelle à la même période, 17 pour la rubéole à la fin des années 1960, 94 pour le Covid. Du point de vue de l'action publique, la prévention des maladies graves et des décès, mêmes rarissimes, revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit d'enfants : essentiellement par principe moral, mais aussi parce qu'on respecte en eux la promesse de l'avenir et le bien-être des générations futures. Ce à quoi l'attention portée à leurs besoins propres oblige, en l'espèce, c'est à une morale de prévention, et même de précaution, aussi exhaustive que faire se peut.

C'est la raison pour laquelle on déploie, pour prévenir un risque chez un enfant, des moyens supérieurs à ceux que l'on déploierait pour un adulte. Le principe s'applique naturellement aux règles particulières de régulation de la sécurité des médicaments et vaccins pédiatriques[24]. Un point que souligne bien Christèle Gras-Le Guen à propos du vaccin pédiatrique Covid : « Il faut qu'en face, nous ayons l'assurance d'une innocuité totale. On ne pourra pas supporter le moindre risque ». Mais alors le paradigme est comme inversé : c'est du vaccin que l'on attend des garanties de sécurité maximales, en invoquant le caractère singulièrement insupportable d'un effet indésirable chez les enfants, et on en infère que la vaccination des enfants peut bien attendre, puisque de l'autre côté les risques liés à l'infection – qui sont, eux, renseignés – sont jugés mineurs et, de là, largement supportables. Le risque, même minime et hypothétique, est donc défini comme insupportable du côté du vaccin, mais inversement, du côté de l'infection par le virus, le risque, faible mais bien réel, est tenu pour supportable : le nombre de décès est infinitésimal, la précaution qu'appellerait la reconnaissance du Covid-long pédiatrique est ignorée, et tous les arguments sont orientés vers la minimisation du danger.

Quelle sera la question posée aux autorités dans les mois qui viennent ? Il n'est absolument pas question d'une vaccination obligatoire, mais du caractère plus ou moins systématique et incitatif que devra prendre la recommandation adressée aux parents par les pouvoirs publics et les soignants.

---

[24] <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/paediatric-medicines/paediatric-regulation>

Si la décision appartient dans tous les cas aux parents et à eux seuls, pour autant les choix collectifs changent la donne : ce ne sera pas la même chose, pour les parents, de vacciner leur enfant sur leur seule initiative, ou bien sur les conseils du médecin, ou bien encore sur la recommandation des pouvoirs publics. Plus les recommandations collectives seront nettes, plus les parents se sentiront accompagnés dans cette décision et moins leur choix sera difficile. Pour schématiser, les alternatives vont du simple remboursement d'une décision strictement individuelle, à, dans le cas le plus extrême, l'élargissement du passe sanitaire aux enfants de 5-11 ans (piste que nul n'a toutefois paru encore envisager à ce stade bien qu'elle s'applique aux 12-18 ans) ; entre ces deux voies peut figurer l'organisation d'une campagne structurée incitant fortement les parents à faire le choix de la vaccination, comme c'est le cas par exemple aujourd'hui pour la vaccination anti-HPV des adolescents ; ou, dans un sens bien plus restreint, la restriction de cette recommandation à certains enfants à risque (ou enfants de parents à risque), comme c'est le cas par exemple aujourd'hui pour la vaccination contre la tuberculose. Dans tous les cas donc, dès lors que la piste d'une obligation paraît strictement exclue, la portée du discours des autorités et de la parole des experts sera la variable décisive du succès de cette vaccination. C'est la raison pour laquelle la circonspection actuelle des uns et des autres mérite attention : elle détermine déjà sans doute pour partie, si ce n'est les décisions qui seront prises, du moins la façon dont elles seront perçues dans le public.

Pour évaluer la valeur d'une vaccination infantile, la question centrale n'est pas de savoir comment les bénéfices de morbi-mortalité pour les enfants se comparent à ceux des adultes. Il n'est pas non plus nécessaire de déterminer si la vaccination des enfants est utile pour protéger les adultes. La question cruciale est de savoir si les risques potentiels de la vaccination pour les enfants sont dépassés par l'intérêt supérieur des enfants : or dans la définition de cet intérêt supérieur des enfants, qui n'est le pré-carré d'aucun spécialiste et qui nous concerne tous, la prévention même d'un très petit nombre de décès, d'hospitalisations ou de séquelles, est affectée d'un poids normatif tout à fait singulier. Ce que révélera le débat à venir sur l'urgence de la vaccination pédiatrique face au Covid, c'est notre capacité à nous emparer collectivement de cette pondération fondamentale, dont l'intelligibilité nous regarde tous, mais que le débat tel qu'il émerge ces jours-ci éclaire finalement peu.